



Nederlandse
Vereniging van
Ziekenhuizen

Brancherapport algemene ziekenhuizen 2017

www.ziekenhuiszorgincijfers.nl

Colofon

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



Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

Oudlaan 4
Postbus 9696
3506 GR Utrecht
www.nvz-ziekenhuizen.nl
030 273 9883



DHD

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



SiRM

Nieuwe Uitleg 24
Postbus 9696
2514 BR Den Haag
www.sirm.nl

©2017 Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

Inhoudsopgave

Colofon	2
Inhoudsopgave	3
Voorwoord	4
Managementsamenvatting	5
1. Beter Thuis	9
1.1. COPD InBeeld	17
1.2. Preventie botcomplicaties bij oncologiepatiënten thuis	26
1.3. Sense4Baby	34
2. Zorg in perspectief	44
2.1 Inleiding	45
2.2 Groei van de zorg van 1998 - 2016	51
2.3 Algemene ziekenhuizen en medisch-specialistische zorg	53
2.4 Locaties van ziekenhuizen en instellingen voor klinische revalidatie	54
2.5 Internationale vergelijking	56
2.6 Fusies, overnames en coöperatievormingen	64
3. Werken in ziekenhuizen	66
3.1 Inleiding	68
3.2 Werkgelegenheid in ziekenhuizen	70
3.3 Zorg voor personeel	72
3.4 Personeel in algemene ziekenhuizen	74
3.5 Medisch specialisten	79
3.6 Werkbeleving	83
3.7 Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuiszorg	85
4. Geleverde zorg in ziekenhuizen	88
4.1 Aantal patiënten	90
4.2 Voorkomen van aandoeningen	96
4.3 Operaties	97
4.4 Opnamen en opnameduur	98
4.5 Uitstroom	102
4.6 SEH, HAP en bereikbaarheid	105
4.7 Wachttijden	106
4.8 NVZ Kwaliteitsvenster	108
5. Financiën	111
5.1 Omzet	112
5.2 Kosten	115
5.3 Resultaat	120
5.4 Balans	125
Toelichting op bronnen en analyses	132
Trefwoordenlijst	133

Voorwoord

U treft alweer het achtste brancherapport van de NVZ aan. Dit jaar niet, zoals u was gewend, in een gedrukte uitgave, maar door middel van een te downloaden pdf. Vergezeld van een moderne website waar de hoogtepunten uit het brancherapport aan u worden gepresenteerd. Dat past bij de tijd waarin wij leven en de techniek die ons ter beschikking staat. Diezelfde techniek heeft een plek gekregen in het themahoofdstuk van dit brancherapport; via apps op smartphones kunnen we thuis onze eigen hartslag meten of met beeldcontact bellen met zorgverleners. Door al deze ontwikkelingen is het steeds vaker mogelijk dat patiënten medisch specialistische zorg thuis ontvangen. En dat is wel zo prettig. In dit brancherapport hebben wij drie voorbeelden uitgewerkt waarbij ziekenhuiszorg met succes naar de thuissituatie is verplaatst.

Daarnaast treft u in dit rapport ook weer feiten en cijfers aan over de financiering en de geleverde zorg van onze leden. Ook in 2016 is sprake van een beheerste groei van de zorguitgaven, conform de financiële afspraken van het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord. Tegelijkertijd zien we wel dat de vraag naar ziekenhuiszorg verder oploopt. Dat zorgt voor druk op de resultaten van ziekenhuizen. De bedrijfsresultaten van onze leden liggen met 1,3% op het laagste niveau in de afgelopen zeven jaar. U leest ook dat de leden van de NVZ moeite hebben met het aantrekken en vasthouden van personeel. Het aantal vacatures is meer dan verdubbeld in de afgelopen drie jaar.

Wij hopen dat u het brancherapport met veel interesse zult lezen en dat de mooie voorbeelden uit het themahoofdstuk u zullen inspireren.



Yvonne van Rooy
Voorzitter



Managementsamenvatting

Het brancherapport 2017 beschrijft de Nederlandse ziekenhuiszorg aan de hand van vijf thema's: beter thuis, zorg in perspectief, werken in ziekenhuizen, geleverde zorg in ziekenhuizen en financiën. Er is gebruikgemaakt van de meest recente gegevens uit onder andere de volgende bronnen: Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ), CBS, OECD, Vernet, jaarverslagen en BDO.

Beter Thuis

- Het Nederlandse zorglandschap is sterk in beweging. Er wordt steeds meer ingezet op substitutie van zorg.
- Niet alleen voor de betaalbaarheid en toegankelijkheid, maar juist voor de kwaliteit van zorg is zorg op de juiste plek cruciaal.
- Voor de patiënt is dat het liefst thuis mét mogelijkheid tot snel en adequaat inschakelen van medisch specialistische zorg.
- Er zijn vele mooie voorbeelden van zorg op de juiste plek te vinden. Zorgverleners hebben nieuwe initiatieven opgezet om de zorg steeds patiëntvriendelijker en dichtbij de patiënten in te richten.
- Drie voorbeelden uit het Slingeland Ziekenhuis, het Albert Schweitzer Ziekenhuis en het Isala Vrouw-Kindcentrum zijn in het eerste hoofdstuk uitgewerkt.

Zorg in perspectief

- 28% van de totale zorguitgaven in 2016 betrof uitgaven aan de medisch-specialistische zorg. De groei van de uitgaven aan medisch-specialistische zorg was 2,5% in 2016 (inclusief prijsstijgingen).
- De uitgaven aan medisch-specialistische zorg zijn in de periode 2012 - 2016 gestegen in lijn met de groei van het Bruto Binnenlands Product (BBP).
- In 2016 is bijna €2 miljard (7,3% van de totale uitgaven aan medisch-specialistische zorg) uitgegeven aan dure geneesmiddelen, de stijging in 2015 heeft zich hiermee voortgezet.

- De uitgaven aan de medisch-specialistische zorg, als percentage van het BBP, liggen in Nederland in lijn met de uitgaven in andere Europese landen.

Werken in ziekenhuizen

- Het aantrekken en vasthouden van personeel was in 2016 een knelpunt voor ziekenhuizen. Het aantal vacatures is meer dan verdubbeld in de afgelopen drie jaar. Moeilijk te vervullen vacatures en verwachte personeelstekorten zijn er vooral bij verpleegkundig en assisterend personeel.
- Ziekenhuizen investeerden in 2015 ruim 3,6% van de bruto loonsom in opleiding en ontwikkeling van medewerkers.
- Het ziekteverzuim van personeel is ten opzichte van voorafgaande jaren toegenomen van 4,35% in 2015 naar 4,55% in 2016.
- Het aandeel vrouwelijke medisch specialisten neemt ieder jaar toe en bedroeg 41,3% in 2015.
- Het aandeel medisch specialisten dat in loondienst werkt is in één jaar sterk toegenomen van 43% in 2014 naar 49% in 2015.

Geleverde zorg in ziekenhuizen

- Het aantal patiënten dat in 2016 een algemeen ziekenhuis bezocht is met 1,4% gestegen naar 8,3 miljoen. De groei is een aanwijzing dat de geleverde zorg in de ziekenhuizen aan het toenemen is.
- Het aantal patiënten in de hogere leeftijdscategorieën is toegenomen in 2016, meer dan op grond van de demografische ontwikkelingen zou worden verwacht. Het aantal patiënten ouder dan 55 jaar is sterker gegroeid dan gemiddeld en deze patiëntengroep zal naar verwachting blijven groeien. De complexiteit van de zorgvraag was bij deze groep patiënten gemiddeld hoger dan bij jongere patiëntengroepen.
- Hart- en vaatziekten vormden in 2015 en 2016 de diagnosegroep met het hoogste aantal opnamen: ca. 300.000 opnamen.

Financiën

- De totale omzet van de algemene ziekenhuizen bedroeg €17,5 miljard in 2016. De omzet is in 2016 gestegen met 2,2% (inclusief prijsstijgingen). Daarmee lijken de ziekenhuizen binnen de financiële afspraken van het hoofdlijnenakkoord te zijn gebleven. Het gaat hierbij om een voorlopig beeld op basis van de omzetcijfers van de algemene ziekenhuizen, terwijl zorguitgaven uiteindelijk worden bepaald op basis van de schadelastcijfers van de zorgverzekeraars.
- Het resultaat (als % omzet) is gedaald naar 1,3% in 2016, het laagste niveau in de afgelopen zeven jaar.
- De rentabiliteit is in 2016 gedaald naar 3,4%. De solvabiliteit is in 2016 verder toegenomen naar 23,6%.
- Investerings in materiële vaste activa door algemene ziekenhuizen bedroegen €1,5 miljard in 2015 en €1,4 miljard in 2016. Hiermee zijn de investeringen gestabiliseerd op een niveau dat ruim 30% lager ligt dan in 2010.



1. Beter Thuis

Het Nederlandse zorglandschap is sterk in beweging. Er wordt steeds meer ingezet op substitutie van zorg. Niet alleen voor de betaalbaarheid en toegankelijkheid, maar juist voor de kwaliteit van zorg is **zorg op de juiste plek** cruciaal. Voor de patiënt is dat het liefst thuis mét de mogelijkheid tot snel en adequaat inschakelen van medisch-specialistische zorg. Dat is de reden dat de NVZ hier aandacht aan besteed in haar brancherapport 2017.

Door technologische ontwikkelingen is steeds meer mogelijk. Nog geen tien jaar geleden beschikte niemand over een smartphone¹. Nu kunnen we met een app onze hartslag meten, beeldbellen met zorgverleners en zijn patiëntendossiers gedigitaliseerd. Door alle ontwikkelingen is het vaker mogelijk dat patiënten medisch-specialistische zorg thuis ontvangen. Patiënten hoeven niet meer naar het ziekenhuis voor controle, maar worden op afstand gemonitord of zorgverleners komen bij de patiënten thuis om zorg te leveren.

Er zijn vele mooie voorbeelden van zorg op de juiste plek. Zorgverleners hebben initiatieven opgezet om de zorg steeds patiëntvriendelijker en dichterbij de patiënten in te richten. We tonen drie voorbeelden van ziekenhuisverplaatste zorg:

- ▶ **COPD InBeeld** van het Slingeland Ziekenhuis om COPD-patiënten met risico op longaanvallen op afstand te monitoren.
- ▶ **Preventie van botcomplicaties bij oncologiepatiënten thuis** door het Albert Schweitzer Ziekenhuis met een nieuw soort medicatie.
- ▶ **Sense4Baby** van het Isala Vrouw-Kindcentrum om zwangere vrouwen met een hoog risico op zwangerschapscomplicaties thuis de hartslag van hun baby te laten controleren.

Deze voorbeelden dienen als illustratie van alle innovaties binnen de ziekenhuissector en als bron van inspiratie voor andere ziekenhuizen. We hebben voor deze drie voorbeelden gekozen op basis van de verschillende typen ziekenhuizen en het soort verplaatste zorg (de regie ligt bij de patiënt, bijvoorbeeld met apps of monitoring, of de zorg wordt thuis geleverd onder supervisie van de medisch specialist).

¹ De eerste iPhone is op 29 juni 2007 op de markt gebracht.

COPD InBeeld

In het Slingeland Ziekenhuis worden COPD-patiënten op afstand gemonitord met COPD InBeeld. COPD InBeeld verbetert de kwaliteit van leven van deze patiënten, onder andere door het versterken van het zelfmanagement van de patiënten. Als patiënten eerder de signalen herkennen, kunnen longaanvallen en heropnames worden voorkomen.

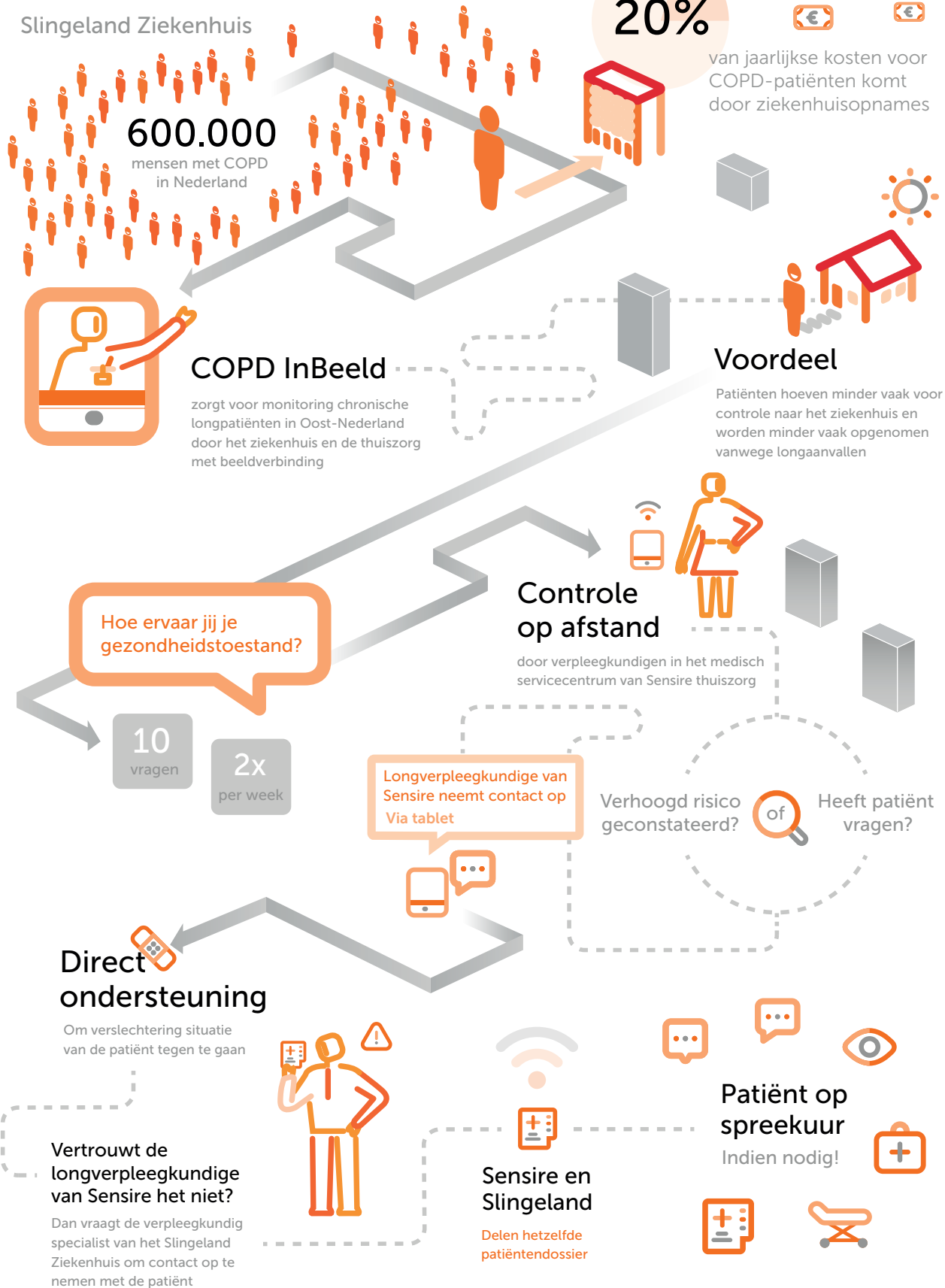
Patiënten vullen thuis een vragenlijst in. Deze is gericht op het meten van de ervaren gezondheidstoestand. Bij afwijkende waarden nemen verpleegkundigen in het medisch servicecentrum van thuiszorgorganisatie Sensire via beeldbellen contact op met de patiënt. Als er inderdaad een verhoogd risico is, dan neemt de longverpleegkundige van Sensire contact op met de patiënt om verslechtering van de situatie tegen te gaan.

Indien nodig neemt daarna de verpleegkundig specialist van het Slingeland Ziekenhuis contact op met de patiënt. Eventueel komt de patiënt alsnog langs op het spreekuur. Door direct in te grijpen daalt het aantal bezoeken van patiënten aan de spoedeisende hulp en het aantal ziekenhuisopnames.



COPD InBeeld

Slingeland Ziekenhuis



Preventieve behandeling van botcomplicaties bij oncologiepatiënten

In het Albert Schweitzer ziekenhuis is de preventieve behandeling van botcomplicaties bij oncologiepatiënten verplaatst naar de thuissituatie. Deze behandeling werd voorheen gegeven op de dagbehandeling. Patiënten moesten tot vijf jaar lang elke vier weken naar het ziekenhuis voor een twee-uur durend infuus.

Nu ontvangen patiënten deze behandeling thuis, met een medicijn dat via een injectie onder de huid wordt gegeven. Verpleegkundigen in dienst van de poliklinische apotheek bezoeken patiënten eens per vier weken thuis en dienen deze injecties toe. De injectie is eenvoudiger te geven en daardoor minder belastend voor patiënten.



Preventie botcomplicaties bij oncologiepatiënten thuis

Albert Schweitzer ziekenhuis



Sense4Baby

In het Isala Vrouw-Kindcentrum in Zwolle kunnen zwangere vrouwen met een hoog risico op zwangerschapscomplicaties deelnemen aan thuismonitoring met **Sense4Baby**. De zwangere vrouw wordt niet opgenomen in het ziekenhuis, maar thuis gemonitord. Elke ochtend maakt ze zelf een hartfilmpje (CTG) van haar baby ter controle en stuurt deze via een app naar het ziekenhuis. De thuismonitoringsverpleegkundige hoeft niet meer dagelijks langs te komen om het CTG af te nemen (zoals vroeger), maar controleert het CTG vanuit het ziekenhuis. Enkele keren per week komt de thuismonitoringverpleegkundige op huisbezoek en voert extra controles uit. De vrijgespeelde tijd kan de verpleegkundige gebruiken voor overige werkzaamheden op de afdeling. De zwangere vrouw kan thuisblijven, ligt in haar eigen bed en heeft meer privacy.

De bovenstaande voorbeelden zijn opgezet vanuit het dagelijkse leven van de patiënt en werken zo aan de triple aim doelstellingen²:

- **Verbetering van de ervaren kwaliteit van zorg:** Patiënten geven aan dat ze de initiatieven als prettig ervaren. Patiënten voelen zich door het monitoren op afstand zelfstandiger, zelfverzekerder en veiliger. Ze hebben snelle toegang tot zorg en het is duidelijk wie ze kunnen aanspreken voor vragen. Daarnaast hebben de patiënten minder reistijd. Bij de oncologiepatiënten is tevens de toediening minder belastend.
- **Verbeteren van de gezondheid van patiënten:** De initiatieven dragen bij aan het versterken van het zelfmanagement van de patiënten. De patiënten leren alert te zijn op signalen van klachten, bijvoorbeeld van longaanvallen bij COPD-patiënten en een afwijkende hartslag bij baby's. Zorgverleners kijken op afstand mee. Hierdoor kan direct worden opgetreden als er iets mis is.
- **Verlagen van de kosten per hoofd van de bevolking:** Patiënten ontvangen de behandeling thuis. Ze hoeven minder vaak voor controle naar het ziekenhuis en worden minder vaak (her)opgenomen.

² <http://www.triple-aim.nl/>

Het opstarten van initiatieven vraagt om goede samenwerking van management en zorgverleners van een ziekenhuis. Zorgverleners kunnen inhoudelijk veel inbrengen, maar hebben het bestuur nodig voor de uitwerking en implementatie van de voorstellen. Het bestuur kan stimuleren dat zorgverleners nieuwe manieren van zorgverlening ontwikkelen. Zo heeft een bestuur zorgverleners bij elkaar gebracht om na te denken over de samenwerking tussen verschillende organisaties, met de patiënt als uitgangspunt. Zorgverleners kregen de ruimte om met voorstellen te komen om hoe de zorg beter kon. Zorgverleners kunnen uiteraard zelf ook met ideeën komen en deze aandragen bij het bestuur. Het advies van een van de initiatiefnemers van COPD InBeeld: "Sta op en bedenk waar je de patiënt mee zou kunnen helpen! Wacht niet af, maar kom met een initiatief en werk het verder uit. Er kan vaak meer dan je verwacht."

Ziekenhuisverplaatste zorg vraagt om een nieuwe manier van werken, voor zorgverleners en patiënten. Zorgverleners zien hun patiënten minder vaak voor controle en moeten samenwerken met zorgverleners die patiënten in de thuissituatie beoordelen. Patiënten blijven thuis en krijgen meer eigen regie. Alleen als het echt nodig is, wordt de zorg (terug)verplaatst naar het ziekenhuis. Naast deze drie voorbeelden van zorg op de juiste plek zijn er nog vele andere mooie voorbeelden te noemen. Initiatieven om de zorg patiëntvriendelijker in te richten, door de zorg dichtbij de patiënt te leveren. Wij hopen dat deze mooie voorbeelden tot inspiratie dienen voor andere ziekenhuizen, zodat alle patiënten in Nederland zorg kunnen ontvangen **op de juiste plek**.



Sense4Baby

Isala Vrouw-Kindcentrum

Opname voor 1 nacht



om te bepalen of ze geschikt is voor Sense4Baby

In het Isala Vrouw-kindcentrum in Zwolle kunnen vrouwen met een hoog risico op zwangerschapscomplicaties deelnemen aan thuismonitoring. De vrouwen krijgen een Sense4Baby (S4B) unit, zodat ze zelf thuis een hartfilmpje (CTG) ter controle van hun baby kunnen maken.

Tweemaal oefent de thuismonitoring-verpleegkundige met de vrouw met het aansluiten en insturen van het CTG

Gaat dit goed?

dan mag de vrouw naar huis!

Voordeel

Met S4B kan ik thuisblijven en wordt het dagelijks leven minder verstoord.

CTG
30 minuten

vóór
8.30

elke
ochtend

Verstuurd via app
naar ziekenhuis

Controle
CTG

De thuismonitoringverpleegkundige controleert het CTG meteen en belt de vrouw voor enkele aanvullende vragen over de gezondheidstoestand.

Afwijkingen?

Bij afwijkingen schakelt de verpleegkundige direct de arts in. Eventueel komt de vrouw 's middags voor controle naar het ziekenhuis. Indien nodig wordt zij heropgenomen.

Thuismonitoring-
verpleegkundige
op huisbezoek

Enkele keren per week

Op maandagochtend
uitgebreide controle
in het ziekenhuis

Perinatoloog
bepaalt beleid
aankomende week



1.1. COPD InBeeld

In dit hoofdstuk lichten we kort het initiatief COPD InBeeld in het Slingeland Ziekenhuis toe. We geven eerst een korte omschrijving van de doelgroep, de werkwijze van COPD InBeeld en de voordelen voor de patiënten. Daarna gaan we in op de lessen voor implementatie en maken we een inschatting van de potentiële besparing als COPD InBeeld ook in andere ziekenhuizen wordt geïmplementeerd.

1.1.1. Omschrijving initiatief

Doelgroep

In Nederland hebben ongeveer 600 duizend mensen COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease), voornamelijk mensen van 45 jaar en ouder. COPD is een chronische vernauwing van de luchtwegen en/of aantasting van het elastisch longweefsel. Mensen met COPD hebben onder andere last van chronisch hoesten, opgeven van slijm en kortademigheid. COPD staat op de zesde plek van ziektes die de hoogste sterfte in Nederland veroorzaken. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) voorspelt dat COPD in 2030 de derde doodsoorzaak wereldwijd is³.

De behandeling van patiënten met COPD is primair gericht op het voorkomen en verminderen van longaanvallen (exacerbaties). Longaanvallen leiden vaak tot (her)opname in het ziekenhuis en zorgen voor verslechtering van de longfunctie⁴. Bijna 20% van de totale jaarlijkse kosten voor de behandeling van COPD-patiënten komt door ziekenhuisopnames⁵.

Werkwijze

Het Slingeland Ziekenhuis is het project COPD InBeeld gestart om de kwaliteit van leven voor mensen met COPD te verbeteren, onder andere door het stimuleren van het zelfmanagement van patiënten. Longaanvallen verslechteren de kwaliteit van leven en zorgen voor achteruitgang. Als patiënten eerder de signalen herkennen, kunnen longaanvallen en heropnames voorkomen worden.

³ <https://www.longfonds.nl/copd/alles-over-copd/wat-is-copd>

⁴ Global burden of COPD: risk factors, prevalence, and future trends. Mannino, David M et al. The Lancet, Volume 370, Issue 9589, 765 – 773.

⁵ RIVM, Maatschappelijke kosten Astma COPD & Respiratoire Allergie, Suijkerbuijk et al., 2013.

Via COPD InBeeld worden chronische longpatiënten in Oost-Nederland op afstand gemonitord door het ziekenhuis en de thuiszorgorganisatie Sensire. Dit wordt mogelijk gemaakt door middel van e-health apps van zorginnovatiebedrijf FocusCura.

In totaal zijn er bijna 1.100 COPD-patiënten onder behandeling in het Slingeland Ziekenhuis, waarvan ongeveer 350 patiënten in aanmerking komen voor deelname aan COPD InBeeld. Het gaat om patiënten met risico op longaanvallen, die kunnen werken met een tablet en Nederlands spreken.

Thuis vullen de COPD-patiënten twee keer per week een vragenlijst in met behulp van een app (cVitals). De vragenlijst is gericht op het meten van de ervaren gezondheidstoestand. Het gaat om tien vragen, zoals: hoe benauwd bent u, moet u veel hoesten en beïnvloedt het uw dagelijks leven?⁶

Verpleegkundigen in het medisch servicecentrum van Sensire controleren de waarden op afstand. Bij afwijkende waarden nemen zij via beeldbellen contact op met de patiënt (via de app cContact). Bij een verhoogd risico⁷ of als de patiënt vragen heeft, neemt een longverpleegkundige van Sensire⁸ contact op met de patiënt. Zo wordt direct ondersteuning geleverd om verslechtering van de situatie van de patiënt tegen te gaan. Patiënten hoeven niet meer te wachten tot het spreekuur in het ziekenhuis voordat ze geholpen worden. Ook gaan patiënten niet meer onnodig naar de polikliniek, als er op dat moment geen longaanvalklachten zijn.

Vertrouwt de longverpleegkundige van Sensire het niet, dan vraagt zij de verpleegkundig specialist van het Slingeland Ziekenhuis om contact op te nemen met de patiënt. Indien nodig kan de patiënt alsnog langskomen op het spreekuur. Door gelijk in te grijpen daalt het aantal bezoeken van patiënten aan de spoedeisende hulp en het aantal ziekenhuisopnames.

Op dit moment doen er 80 patiënten mee in het traject. Gemiddeld hebben tien patiënten per dag beeldcontact met de longverpleegkundige en drie à vier met de verpleegkundig specialist van het Slingeland Ziekenhuis. Een patiënt blijft minimaal een half jaar in het traject. Als na een halfjaar monitoring de patiënt stabiel

⁶ <https://www.menzis.nl/publicaties/zorg-zorgverzekering/2016/12/06/betere-zorg-voor-copd-patienten-in-de-achterhoek>

⁷ Bijv. als de patiënt veel meer hoest dan normaal, meer en taaiër slijm ophoest en benauwder is. Dit zijn signalen dat er een risico is op een naderende longaanval.

⁸ De longverpleegkundige is de tweede schakel in het proces. Eerst heeft de patiënt contact met de verpleegkundige van het medisch servicecentrum.

is, is COPD InBeeld niet meer nodig. Eén keer per jaar komen de patiënten terug voor een check-up in het ziekenhuis.⁹

Afspraken over financiering

Sinds 2017 wordt de behandeling vergoed door zorgverzekeraar Menzis. Het Slingeland Ziekenhuis en Sensire krijgen samen één budget voor de COPD-zorg, dat niet is gekoppeld aan een specifieke behandeling of zorgactiviteit. Er zijn alleen afspraken gemaakt over de resultaten voor COPD-patiënten en de besparingen worden gedeeld. De onderhandelingen met bijna alle andere zorgverzekeraars zijn in juli 2017 afgerond.

In het Slingeland Ziekenhuis zijn afspraken gemaakt met de maatschap van de longartsen en het MSB. Door COPD InBeeld komen er minder patiënten in het ziekenhuis terecht. Er zijn afspraken gemaakt over hoe om te gaan met omzetsdaling, maar ook hoe eventuele winst wordt gedeeld.

Voordelen

Er zijn meerdere voordelen voor de patiënt en het ziekenhuis:

- Patiënten hoeven minder vaak voor controle naar het ziekenhuis¹⁰. Voorheen gingen patiënten naar de polikliniek als ze bang waren om een longaanval te krijgen. De polikliniekbezoeken zijn vervangen door monitoring op afstand en 24/7 ondersteuning door het medisch servicecentrum.
- Patiënten worden minder vaak (her)opgenomen in het ziekenhuis. Door de tweewekelijkse controles worden veranderingen snel geconstateerd. Het aantal bezoeken van COPD-patiënten¹¹ aan de spoedeisende hulp en het aantal ziekenhuisopnames zijn met ruim een kwart gedaald¹².
- Doordat patiënten minder naar het ziekenhuis gaan, daalt het risico om infecties¹³ op te lopen in het ziekenhuis. Ze hoeven bijvoorbeeld niet meer in dezelfde ruimtes te wachten als patiënten met longontsteking.

⁹ Eventueel kunnen de jaarlijkse controles bij stabiele patiënten door de huisarts gedaan worden.

¹⁰ Patiënten met matige tot zware ziektelast moeten ten minste 2 maal per jaar op controlebezoek. Daarnaast ontvangen de patiënten extra controles na behandeling van een longaanval.

¹¹ geïncubeerd in COPD InBeeld

¹² Intern onderzoek Slingeland Ziekenhuis.

¹³ Longaanvallen worden bij COPD-patiënten vaak veroorzaakt door infecties en luchtvervuiling.

- Patiënten voelen zich door het monitoren op afstand zelfstandiger, zelfverzekerder en veiliger. Als patiënten vragen hebben of ongerust zijn, kunnen ze 24/7 terecht bij het medisch servicecentrum¹⁴.
- Patiënten leren bewust om te gaan met hun ziektebeeld en sneller te reageren op signalen als het niet goed gaat.

1.1.2. Implementatieplan

Om COPD InBeeld ook in andere ziekenhuizen te implementeren, geven we enkele concrete handvatten. We werken hiervoor de volgende drie onderwerpen uit:

- Visie
- Lessen voor implementatie
- Beknopte businesscase

Visie

COPD InBeeld wordt georganiseerd vanuit het dagelijks leven van de patiënt. Het verbindt alle soorten zorg (cure, care en welzijn). Dit is mogelijk door het toepassen van technologische ontwikkelingen, zoals e-health en een gedeeld elektronisch persoonlijk gezondheidsdossier. Hiermee stimuleert COPD InBeeld de triple aim doelstellingen:

- **COPD InBeeld verbetert de ervaren kwaliteit van zorg:** Patiënten geven aan dat ze COPD InBeeld als erg prettig ervaren. Ze voelen zich door het monitoren op afstand zelfstandiger, zelfverzekerder en veiliger. Als patiënten vragen hebben of ongerust zijn, kunnen ze altijd contact opnemen met het medisch servicecentrum.
- **COPD InBeeld verbetert de gezondheid van de populatie:** COPD InBeeld versterkt het zelfmanagement van COPD-patiënten. Het is belangrijk dat COPD-patiënten zelf signalen van een dreigende longaanval leren herkennen en hier snel op reageren.
- **COPD InBeeld verlaagt de kosten per hoofd van de bevolking:** COPD InBeeld leidt tot een afname van het aantal klinische opnames en bezoeken aan de spoedeisende hulp. Dit weegt op tegen de investeringen van COPD InBeeld.

¹⁴ Uitkomsten kleine enquête onder COPD-patiënten van het Slingeland Ziekenhuis. Zie ook: www.skipr.nl/actueel/id22203-zelfdiagnostiek-voorkomt-heropnames-in-ziekenhuis-.html

Lessen voor implementatie

Om COPD InBeeld ook in andere ziekenhuizen te implementeren, moet met enkele “do’s & don’ts” rekening worden gehouden. We brengen hiervoor de volgende lessen voor implementatie in kaart:

- Welke afspraken moet je maken?
- Wat moet je organiseren?
- Wat verandert er voor de zorgverleners?
- Wat verandert er voor de patiënten?
- Wat zijn aandachtspunten?

Welke afspraken moet je maken?

- **Samenwerkingsafspraken met (regionale) ketenpartners:**
Het Slingeland Ziekenhuis heeft voor COPD InBeeld samenwerkingsafspraken gemaakt met thuiszorgorganisatie Sensire en zorginnovatiebedrijf FocusCura. Er zijn onder andere afspraken gemaakt over taakherschikking, een gedeeld patiëntendossier en shared savings. Het ziekenhuis blijft verantwoordelijk voor de patiënten, het gaat immers om ziekenhuisverplaatste zorg.
- **Afspraken over financiering met zorgverzekeraars:**
Sinds 2017 bestaan afspraken over vergoeding van de behandeling door zorgverzekeraar Menzis. Er zijn vergelijkbare afspraken gemaakt met de andere zorgverzekeraars¹⁵. Met de zorgverzekeraars zijn meerjarenafspraken gemaakt over het reduceren van de groei van de zorgvraag¹⁶. Het Slingeland Ziekenhuis en Sensire krijgen samen één budget voor een patiënt in COPD InBeeld, dat niet is gekoppeld aan een specifieke behandeling of zorgactiviteit¹⁷.
- **Afspraken met het Medisch Specialistisch Bedrijf:**
Door COPD InBeeld daalt het aantal opnames en polikliniekbezoeken van COPD-patiënten. Er zijn in het Slingeland Ziekenhuis afspraken gemaakt met de maatschap van de longartsen en het Medisch Specialistisch Bedrijf over hoe om te gaan met daling van omzet, maar ook over het meedelen in de baten van COPD InBeeld.

¹⁵ De onderhandelingen met de andere zorgverzekeraars zijn in juli 2017 afgerond.

¹⁶ Er zijn afspraken voor 3 jaar gemaakt over het reduceren van het volume, de schadelast en de benodigde investeringen.

¹⁷ Alleen de beoogde effecten worden gemeten. De beoogde effecten zijn bijvoorbeeld: het verhogen van de gezondheidswinst (o.a. gemeten door aantal longaanvallen), verbeteren van doelmatigheid en afname van zorgconsumptie (o.a. gemeten door gemiddelde zorgkosten per COPD-patiënten over de hele keten) en het verbeteren van de tevredenheid van de patiënten.

Wat moet je organiseren?

- **Medisch servicecentrum met 24/7 bereikbaarheid:**
Het medisch servicecentrum is het eerste contactpunt voor de COPD-patiënten. Het centrum is 24/7 bereikbaar voor (spoed)vragen. De (long)verpleegkundigen van de thuiszorg controleren hier op afstand de antwoorden van de COPD-patiënten en hebben contact met de patiënt bij vragen of afwijkende waarden.
- **Gedeeld patiëntendossier:**
De verschillende soorten zorg (cure, care en welzijn) worden georganiseerd vanuit het dagelijks leven van de patiënt. Dit is mogelijk doordat de zorgaanbieders relevante informatie delen in een persoonlijk gezondheidsdossier van de patiënt. Alleen de patiënt en zorgverleners die betrokken zijn bij de behandeling kunnen de gegevens inzien. Patiënten zijn van te voren duidelijk geïnformeerd over welke zorgverleners toegang hebben tot de informatie¹⁸.
- **Virtueel contact met patiënt:**
Patiënten vullen twee keer per week een vragenlijst in via een app (cVitals) en hebben indien nodig contact met de zorgverleners via de app cContact. Hiervoor hebben de patiënten tablets met internet nodig. Alleen patiënten die met een tablet om kunnen gaan en Nederlands spreken kunnen deelnemen aan COPD InBeeld.

Wat verandert er voor de zorgverleners?

- **Longartsen en specialistische verpleegkundigen van het ziekenhuis moeten vertrouwen op overige zorgverleners en patiënten:**
Een initiatief als COPD InBeeld vraagt om een nieuwe manier van werken, voor patiënten en zorgverleners. Longartsen en specialistische verpleegkundigen van het ziekenhuis zien hun patiënten niet meer regelmatig voor controle in het ziekenhuis. Zij moeten erop vertrouwen dat de patiënten goed gemonitord worden door de (long)verpleegkundigen van het medisch servicecentrum van de thuiszorgorganisatie. Alleen als het echt nodig is, komen de patiënten langs op spreekuur in het ziekenhuis.

¹⁸ <https://www.slingeland.nl/rechten-amp%3B-plichten/584>

Wat verandert er voor de patiënten?

- **Patiënten moeten meer eigen regie nemen:**
Patiënten moeten bereid zijn om mee te gaan in de nieuwe manier van zorgverlening. Patiënten krijgen meer eigen regie en komen niet meer regelmatig op controle bij de longarts. Als patiënten ongerust zijn of vragen hebben, bellen ze met de verpleegkundigen van het medisch servicecentrum. Patiënten hoeven niet meer te wachten tot het spreekuur in het ziekenhuis voordat ze geholpen worden. Ook gaan patiënten niet meer onnodig naar de polikliniek, als er op dat moment geen longaanvalklachten zijn.

Wat zijn aandachtspunten?

- Er moet tijd ingeroosterd worden voor de verpleegkundig specialist van het ziekenhuis voor het beeldbellen. De verpleegkundig specialist is niet volledig inzetbaar voor de afdeling.
- Richt je op nieuwe patiënten bij COPD InBeeld. Het is lastiger voor patiënten die reeds onder behandeling zijn om te veranderen van behandelwijze dan voor nieuwe patiënten. Geef de nieuwe patiënten wel de keus tussen de 'oude' en 'nieuwe' werkwijze. Hierdoor vang je ook de niet-gemotiveerde patiënten af, die vaak tussendoor stoppen.

Beknopte businesscase

Met een beknopte businesscase maken we een inschatting voor de baten voor heel Nederland, als COPD InBeeld overal wordt ingevoerd. Per patiënt kan COPD InBeeld leiden tot een besparing van bijna 60 euro¹⁹. Als COPD InBeeld in alle ziekenhuizen in Nederland wordt ingevoerd, kan dit leiden tot een besparing van ruim 6,6 miljoen euro per jaar. Deze besparing kan oplopen als er meer patiënten mee doen met COPD InBeeld²⁰. Daarnaast kan het medisch servicecentrum ook voor andere patiëntengroepen gebruikt worden, zoals voor patiënten met hartfalen. Als het aantal patiënten groeit, zal de efficiëntie van het servicecentrum vermoedelijk toenemen en de kosten per patiënt dalen. Tevens zijn er nog meerdere voordelen voor de patiënt die zich moeilijk in geld laten uitdrukken, zoals minder reistijd naar het ziekenhuis.

¹⁹ Het gaat hier om een besparing voor Nederland, niet om extra winst voor het ziekenhuis. We kijken alleen naar de besparing in kosten ten opzichte van de 'oude' situatie en niet naar de vergoeding vanuit de zorgverzekeraars.

²⁰ We gaan nu uit van de conservatieve schatting dat een derde van de patiënten geschikt is.

Businesscase Slingeland Ziekenhuis

Aantal patiënten in COPD InBeeld in het Slingeland Ziekenhuis	350	Per jaar
Extra kosten per patiënt		
Investerings COPD InBeeld	€45	Het gaat o.a. om de kosten voor het 24/7 beschikbare medisch servicecentrum, inzet van longverpleegkundige en de kosten voor tablet voor het beeldbellen.
Extra kosten fysiotherapie	€15	Fysiotherapeuten ondersteunen patiënten met een matige tot ernstige COPD in de eerstelijnszorg met een rehabilitatieprogramma.
Totale extra kosten COPD InBeeld	€60	
Afname kosten per patiënt		
Afname kosten klinische en dagopnames	€65	De gemiddelde kosten voor klinische en dagopnames zijn €254 per COPD-patiënt en nemen met ca 25% af.
Door minder longaanvallen: afname in gebruik zuurstoftherapie en medicatie	€50	
Totale afname kosten door COPD InBeeld	€115	
Besparing door COPD InBeeld	€55	
	€19.250	Voor Oost-Nederland (adherentiegebied Slingeland Ziekenhuis)

Potentiële besparing Nederland

Percentage geschikt voor COPD InBeeld	65%	Inschatting van het aantal COPD-patiënten dat geschikt is voor COPD InBeeld. Het Slingeland Ziekenhuis levert nu jaarlijks voor 350 van de 1.100 patiënten COPD InBeeld. De verwachting is dat dit percentage stijgt.
Totaal aantal patiënten met COPD in Nederland dat wordt behandeld in een ziekenhuis	183.500	60% van de COPD-patiënten (totaal zijn er ruim 300 duizend COPD-patiënten in Nederland)
Totaal aantal patiënten geschikt voor COPD InBeeld in Nederland	120.000	
Totale besparing Nederland bij invoering COPD InBeeld	€6,6 miljoen	120.000 patiënten * besparing per patiënt (€55)

Voor meer informatie over COPD InBeeld kunt u contact opnemen met Erwin Bomers – directeur patiëntenzorg:

e.bomers@slingeland.nl



1.2. Preventie botcomplicaties bij oncologiepatiënten thuis

In dit hoofdstuk lichten we kort het initiatief 'Preventie botcomplicaties bij oncologiepatiënten thuis' in het Albert Schweitzer ziekenhuis toe. We geven eerst een korte omschrijving van de doelgroep, de werkwijze en de voordelen voor de patiënten. Daarna gaan we in op de lessen voor implementatie en maken we een inschatting van de potentiële besparing als dit initiatief ook in andere ziekenhuizen wordt geïmplementeerd.

1.2.1. Omschrijving initiatief

Doelgroep

Ongeveer 350 duizend mensen in Nederland hebben kanker²¹. Zij hebben verhoogd risico op het ontwikkelen van botcomplicaties en kans op uitzaaiingen van kanker in hun botten. Ongeveer zesduizend oncologiepatiënten²² ontvangen hiervoor een botversterkende behandeling om pijn aan hun botten te verminderen en verdere complicaties, zoals botbreuken, tegen te gaan. In het Albert Schweitzer ziekenhuis betreft dit een groep van ongeveer 100 patiënten²³, voornamelijk patiënten met borstkanker.

De botversterkende behandeling wordt in Nederland veelal per infuus op de dagbehandeling gegeven. Patiënten moeten hiervoor tot vijf jaar lang elke vier weken naar het ziekenhuis voor een twee - uur durend infuus. Inmiddels zijn andere medicijnen beschikbaar (Tabel 1). De toediening van deze nieuwe medicijnen gaat sneller. Hierdoor is thuistoediening mogelijk, zoals nu door het Albert Schweitzer ziekenhuis gebeurt. Bijna al deze patiënten krijgen de behandeling nu thuis, een enkeling wil liever in het ziekenhuis behandeld worden²⁴.

²¹ <http://www.cijfersoverkanker.nl/> - 5-jaarsprevalentie van alle tumoren.

²² In het adherentiegebied van het Albert Schweitzer ziekenhuis (ASZ) wonen ongeveer 289 duizend mensen, 1.7% van de totale Nederlandse bevolking. Aangezien in totaal 100 patiënten deze botversterkende behandeling ontvangen in het ASZ, schatten we in dat totaal in Nederland ongeveer 6000 mensen deze behandeling ontvangen..

²³ <https://www.asz.nl/professionals/nieuws/2014/1/17393/>

²⁴ Niet alle patiënten die een APD-infuus krijgen kunnen overstappen op denosumab. Denosumab is alleen geïndiceerd bij patiënten met botmetastasen van solide tumoren, en patiënten met reusceltumoren van het bot. Patiënten met bloedkanker kunnen daarmee niet overstappen van APD naar denosumab.

Werkwijze

Het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft de overstap gemaakt van medicatietoediening op de dagbehandeling naar toediening thuis. Daarbij is tevens overgestapt op andere medicatie. Aanvankelijk werden patiënten behandeld met pamidroninezuur (APD-infuus²⁵) op de dagbehandeling. Sinds 2017 krijgen de patiënten thuis denosumab toegediend. Deze injectie wordt eens per vier weken in vijf minuten onder de huid (subcutaan) gegeven (Tabel 1). Verpleegkundigen van het transmuraal team van het Albert Schweitzer ziekenhuis geven de injectie onder de verantwoordelijkheid van de behandelend arts. Het transmuraal team bestaat uit ervaren gespecialiseerde verpleegkundigen in dienst van het ziekenhuis, die thuis intensieve en specialistische zorg geven.

- **Oorspronkelijke werkwijze:** Aanvankelijk werden patiënten behandeld met pamidroninezuur (APD-infuus) op de dagbehandeling. Toediening van dit infuus duurt ongeveer twee uur en het infuus wordt eens per vier weken gegeven.
- **Tussenstap:** In 2014 is het Albert Schweitzer ziekenhuis eerst overgestapt naar thuisbehandeling met het medicijn zoledroninezuur. Patiënten ontvingen dit infuus in ongeveer één uur eens per vier weken.
- **Nieuwe werkwijze:** Sinds 2017 krijgen de patiënten thuis denosumab toegediend. Deze injectie wordt eens per vier weken in vijf minuten onder de huid (subcutaan) gegeven.

Tabel 1. Overzicht medicatie

	Oorspronkelijke werkwijze	Tussenstap Albert Schweitzer ziekenhuis	Nieuwe werkwijze
Medicijnen	Pamidroninezuur (APD-infuus)	Zoledroninezuur (Zometa®)	Denosumab (Xgeva®)
Toediening	Infuus (intraveneus)	Infuus (intraveneus)	Injectie (subcutaan)
Toedieningsduur	2 uur	1 uur	5 minuten
Frequentie	Elke 4 weken, gedurende ±5 jaar	Elke 4 weken, gedurende ±5 jaar	Elke 4 weken, gedurende ±5 jaar
Locatie	Dagbehandeling	Thuis	Thuis
Voordelen voor patiënten		Toediening thuis, snellere toediening	Toediening thuis, snellere toediening, injectie prettiger dan infuus
Vergoeding	Intramuraal, DBC	Extramuraal, GVS	Extramuraal, GVS

²⁵ APD staat voor Aminohydroxy Propylideen Disfonzuur, de chemische naam van het medicijn pamidroninezuur.

De patiënten ervaren de nieuwe werkwijze als zeer patiëntvriendelijk. Zij hoeven minder vaak naar het ziekenhuis. Daarnaast is de injectie een stuk minder belastend voor hen. Er hoeft niet herhaaldelijk een ader aangeprikt te worden, wat zwelling en littekenvorming kan geven, en wat het inbrengen van volgende infusen bemoeilijkt. Bij injecties geeft herhaaldelijke toediening beduidend minder problemen. Ten slotte duurt de injectie slechts enkele minuten in plaats van een infuus van één of twee uur.

Toepasbaar op andere behandelingen

Naast de botversterkende behandeling bij kanker zijn er nog meer medicijnen waarbij toediening thuis door het transmuraal team mogelijk is. Dit is bijvoorbeeld het geval bij trastuzumab en bortezomib:

- Trastuzumab (Herceptin©) is immunotherapie voor patiënten met een specifiek type borstkanker. Het medicijn is verkrijgbaar als infuus en als injectie. Thuisbehandeling is dus mogelijk²⁶.
- Bortezomib (Velcade©) is chemotherapie voor patiënten met multipel myeloom, een vorm van bloedkanker. Het medicijn is een injectie, net zoals denosumab. Momenteel worden deze injecties meestal in het ziekenhuis gegeven, maar deze kunnen mogelijk thuis gegeven worden.

Ook voor deze patiëntengroepen betekent thuisbehandeling minder reistijd en – in het geval van trastuzumab subcutaan – een minder belastende medicatietoediening. Daarnaast kan bespaard worden op kosten gemaakt op de dagbehandeling²⁷.

Voordelen

Er zijn meerdere voordelen voor de patiënt en het ziekenhuis:

- Patiënten hoeven minder vaak naar het ziekenhuis.
- De injectie is minder belastend voor de patiënt.
- Patiënten waarderen de werkwijze positief.
- Er is meer ruimte op de dagbehandeling voor andere patiënten.

²⁶ In 2018 komt er een biosimilar van het infuus trastuzumab op de markt. Het patent van de injectie trastuzumab loopt dan nog. Hierdoor zou de vergoeding voor het middel kunnen wijzigen wat waarschijnlijk impact zal hebben op de financiële ruimte om de injectie thuis toe te dienen.

²⁷ In beide gevallen zullen de eerste toedieningen op de dagbehandeling plaatsvinden om complicaties te voorkomen.

1.2.2. Implementatieplan

Om deze nieuwe werkwijze ook in andere ziekenhuizen te implementeren, geven we enkele handvatten. We werken hiervoor de volgende drie onderwerpen uit:

- Visie
- Lessen voor implementatie
- Beknopte businesscase

Visie

Het initiatief 'Preventie botcomplicaties bij oncologiepatiënten thuis' wordt georganiseerd vanuit het dagelijks leven van de patiënt, met het doel de zorgverlening patiëntvriendelijker in te richten. Dit wordt mede mogelijk gemaakt door de opkomst van nieuwe medicijnen met een andere toedieningsmogelijkheid, waardoor toediening thuis mogelijk is. Patiënten geven aan dat ze de nieuwe werkwijze prettiger vinden. Ze hebben minder reistijd en de toediening is minder belastend. Hiermee verbetert de ervaren kwaliteit van zorg²⁸.

Lessen voor implementatie

Om het initiatief ook in andere ziekenhuizen te implementeren, moet met enkele "do's & don'ts" rekening gehouden worden. We brengen hiervoor de volgende lessen voor implementatie in kaart:

- Welke afspraken moet je maken?
- Wat moet je organiseren?
- Wat verandert er voor de zorgverleners?
- Wat verandert er voor de patiënten?
- Wat zijn aandachtspunten?

Welke afspraken moet je maken?

- **Samenwerkingsafspraken tussen de behandelende artsen en het transmuraal team:**
Er moet draagvlak zijn voor de verandering, zowel vanuit de voorschrijvers als vanuit de verpleegkundigen en de apotheek. Het is belangrijk heldere afspraken te maken over de inhoud van de te verplaatsen zorg, de verantwoordelijkheden van de zorgverleners en de wijze waarop afgestemd wordt tussen de teams. Leg deze afspraken vast in een protocol.

²⁸ Dit is een van de triple aim doelstellingen.

Wat moet je organiseren?

- **Transmuraal team:**
Het transmuraal team levert medisch-specialistische zorg in de thuissituatie. Als er nog geen transmuraal team beschikbaar is, zou het ziekenhuis deze kunnen formeren. Eventueel kan samenwerking gezocht worden met een regionale of landelijke thuiszorginstantie. De verpleegkundigen van het transmuraal team moeten bekwaam zijn om de medicatie van deze patiënten toe te dienen. Er moet tevens een protocol beschikbaar zijn voor de werkwijze voor de medicatie toediening.

Wat verandert er voor de zorgverleners?

- **Samenwerken met andere zorgverleners:**
De medicatie wordt niet langer toegediend door verpleegkundigen op de dagverpleging, maar door verpleegkundigen van het transmuraal team. Het behandelteam in het ziekenhuis moet goed met hen samenwerken. Behandelend artsen vullen voor iedere patiënt het uitvoeringsverzoek in om de zorg over te dragen aan het transmuraal team en een recept voor de poliklinische apotheek. Verder verandert er voor de behandelende artsen weinig in de zorg die zij leveren aan deze patiënten. Zij blijven verantwoordelijk voor de behandeling van de patiënten en zien hen zoals gebruikelijk ter controle in het ziekenhuis.

Wat verandert er voor de patiënten?

- **Patiënten worden thuis behandeld met een injectie:**
Patiënten worden thuis behandeld in plaats van in het ziekenhuis. Daarnaast wordt het medicijn niet langer als infuus toegediend maar via een injectie. Hierdoor is de toediening sneller en minder belastend.

Wat zijn aandachtspunten?

- Laat niet alle patiënten tegelijkertijd overstappen. De implementatie van de nieuwe werkwijze vraagt een tijdsinvestering van de betrokken zorgverleners. Het uitspreiden van de transitie van patiënten over een bepaalde periode (bijvoorbeeld drie tot zes maanden) maakt dat de transitie niet te veel druk legt op betrokken zorgverleners.
- Betrek de behandelende artsen van de patiënten bij de transitie en zorg dat er voldoende draagvlak bestaat voor de verandering.

Doordat de patiënten worden behandeld voor verschillende type oncologische aandoeningen, hebben zij vaak verschillende behandelende artsen. Betrokkenheid van deze artsen is belangrijk voor een soepel verloop van de transitie, aangezien hun medewerking hierbij noodzakelijk is.

- Waar nieuwe patiënten direct kunnen starten met de nieuwe behandeling, kunnen bestaande patiënten weerstand hebben tegen verandering van hun zorgverlening. Informeer bestaande patiënten op tijd over de nieuwe werkwijze en nodig hen uit hieraan mee te doen. Laat deze patiënten de voordelen van de nieuwe werkwijze zien, maar laat wel de keuze voor de overstap aan hen.
- Houd bij de selectie van medicijnen voor thuistoediening rekening met het mogelijk verlopen van patenten of het preferentiebeleid, wat veel impact zal hebben op de business case. Houd daarnaast rekening met het risiconiveau van de medicijnen. Medicijnen met een hoog risiconiveau zouden vanwege dit risico beter niet vanaf de eerste toediening in de thuissituatie gegeven moeten worden.
- Een goede samenwerking met de poliklinische apotheek is belangrijk. Als de poliklinische apotheek eigendom is van het ziekenhuis, kunnen de opbrengsten en kosten worden gedeeld.

Beknopte businesscase

Met een beknopte businesscase maken we een inschatting voor de baten voor heel Nederland, als de nieuwe werkwijze overal wordt ingevoerd. Ondanks dat de injectie duurder is, zijn de totale kosten van de nieuwe werkwijze vergelijkbaar met de oorspronkelijke, dankzij besparing op kosten voor de dagbehandeling in het ziekenhuis. Daarnaast is er ruimte vrij op de dagbehandeling voor andere patiënten. Wanneer alle ziekenhuizen in Nederland de nieuwe werkwijze invoeren, kan dit leiden tot een besparing van ongeveer 3,8 miljoen euro per jaar²⁹. Tevens zijn er nog meerdere voordelen voor de patiënt die zich moeilijk in geld laten uitdrukken, zoals minder belastende toediening en minder reistijd naar het ziekenhuis.

²⁹ Deze besparing is niet op korte termijn haalbaar, ziekenhuizen zijn slechts beperkt schaalbaar.

Bij de nieuwe werkwijze worden de kosten van de medicatie vergoed vanuit het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) in plaats van via de DBC-structuur. De kosten gemaakt door het transmuraal team worden in het Albert Schweitzer ziekenhuis door de poliklinische apotheek betaald uit de marge die wordt verkregen tussen de inkoopprijs en de vergoeding van de betreffende medicatie.

Businesscase Albert Schweitzer ziekenhuis

	Oorspronkelijke werkwijze	Nieuwe werkwijze
Medicijnen	Pamidroninezuur (APD-infuus)	Denosumab (Xgeva®)
Vergoeding	Intramuraal, DBC	Extramuraal, GVS
Vergoeding per toediening	€0	€335
Geschatte inkoop kosten medicatie	€10	€285
Toedieningskosten (locatie en toedieningsduur)	€310	€35
Totaal directe kosten	€320	€320

Door het verplaatsen van zorg voor 100 patiënten zijn er in het Albert Schweitzer ziekenhuis structureel zes dagbehandelingsplekken per week vrijgespeeld. In het Albert Schweitzer ziekenhuis worden deze vrijgespeelde plekken gebruikt voor andere patiënten, die voorheen door een tekort aan dagbehandelingsplaatsen noodgedwongen in het ziekenhuis opgenomen werden.

De (indirecte) besparing is dus nog hoger dan de directe besparing op de dagbehandeling. Ook in andere ziekenhuizen zal dit waarschijnlijk mogelijk zijn, aangezien het een trend is dat het aantal medicijnen dat op de dagbehandeling wordt toegediend toeneemt en de capaciteit van de dagbehandeling niet altijd mee kan groeien. Ook krijgen patiënten steeds vaker thuis medicatie toegediend. Ziekenhuizen kunnen hierop inspelen door slim gebruik te maken van de capaciteit van hun dagbehandeling om zo eventuele wachttijden te verminderen.

Potentiële besparing Nederland

Totaal aantal patiënten behandeld met nieuwe werkwijze	100	In het Albert Schweitzer ziekenhuis
Dagen vrijgespeeld op dagbehandeling	3,12	Per patiënt. Structureel zijn er 6 dagbehandelingsplekken per week vrijgespeeld (52 weken * 6 plekken / 100 patiënten)
Afname in kosten in het ziekenhuis	€205	Per patiënt. De vrijgespeelde plekken kunnen worden gebruikt voor andere patiënten die voorheen noodgedwongen opgenomen werden. Gemiddeld kost een verpleegdag €487 en een dagbehandeling €282.
Besparing per patiënt	€640	Dagen vrijgespeeld op dagbehandeling * afname kosten in ziekenhuis
Totaal aantal patiënten in Nederland geschikt voor nieuwe werkwijze	6.000	Inschatting op basis van adherentiegebied Albert Schweitzer ziekenhuis ²⁸
Totale besparing Nederland	€3,8 miljoen	6.000 patiënten * besparing per patiënt (€640)

Voor meer informatie over preventie van botcomplicaties bij oncologiepatiënten thuis kunt u contact opnemen met Maryse Spapens - directeur poliklinische apotheken: m.e.d.spapens@asz.nl



1.3. Sense4Baby

In dit hoofdstuk lichten we kort het initiatief Sense4Baby (S4B) van het Isala Vrouw-Kindcentrum toe. We geven eerst een korte omschrijving van de doelgroep, de werkwijze van S4B en de voordelen voor de patiënten. Daarna gaan we in op de lessen voor implementatie en maken we een inschatting van de potentiële besparing als S4B ook in andere ziekenhuizen wordt geïmplementeerd.

1.3.1. Omschrijving initiatief

Doelgroep

Vrouwen met een hoog risico op zwangerschapscomplicaties moeten bijna dagelijks voor controle naar de polikliniek en/of worden opgenomen in het ziekenhuis. Bij thuismonitoring kan een deel van deze vrouwen deze ziekenhuiszorg thuis ontvangen, indien het om minder complexe indicaties gaat. In het Isala Vrouw-Kindcentrum in Zwolle krijgen deze vrouwen een S4B-unit, zodat ze zelf thuis ter controle een hartfilmpje (CTG) van hun baby kunnen maken. Het gaat bijvoorbeeld om vrouwen met een te klein kindje, vroegtijdig gebroken vliezen, milde zwangerschapshypertensie en minder leven (Tabel 2).

Tabel 2. Inclusie- en exclusiecriteria Sense4Baby in het Isala Vrouw-Kindcentrum

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
• Zwangerschap vanaf 28 weken • Groeivertraging • Zwangerschapshypertensie • Tweelingen in overleg met gynaecoloog • Vroegtijdig gebroken vliezen (mag na 48 uur opname in thuismonitoring) • Zwangerschapshypertensie • Zwangerschapsmisselijkheid in overleg met gynaecoloog • Minder leven • Zwangeren met psychische problemen (POP), per zwangere bekijken of S4B geschikt is en hoe vaak er huisbezoeken plaats moeten vinden	• Zwangere wil zelf niet • Meer dan 1x per dag CTG nodig • Onvoldoende hulp/mantelzorg • Sociale problematiek • De zwangere woont op meer dan 45 minuten van het ziekenhuis • Onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal • 2x klinische opname vanuit thuismonitoring is blijvende klinische opname • Interventie op foetale of maternale indicatie binnen ongeveer 48 uur te verwachten • Minder dan 48 uur opgenomen bij vroegtijdig gebroken vliezen • Noodzaak tot intraveneuze therapie • Bloedverlies op basis van voortijdige loslating placenta. • Gebroken vliezen en stuitligging

In 2015 ontvingen 100 van de 3500 zwangere vrouwen in het Isala Vrouw-Kindcentrum S4B. De verwachting is dat het aantal zal stijgen, doordat de indicatiestelling breder wordt. Het ziekenhuis beschikt over zes S4B-units en kan dit aantal uitbreiden naar tien units. Hierdoor kunnen er dubbel zoveel zwangeren deelnemen aan thuismonitoring dan voorheen³⁰.

Werkwijze

In het Isala Vrouw-Kindcentrum wordt de zwangere vrouw eerst een nacht opgenomen in het ziekenhuis om te bepalen of ze voldoet aan de inclusiecriteria. Dit is tevens nodig om de DOT te openen. De verpleegkundige oefent tweemaal met de vrouw met het aansluiten, opnemen en insturen van het CTG. Als dit goed gaat, dan mag de vrouw naar huis met een S4B-unit.

Thuis maakt de vrouw elke ochtend een CTG van 30 minuten en stuurt die vóór 8:30 uur via een app naar het ziekenhuis. De thuismonitoringverpleegkundige controleert het CTG zo snel mogelijk en belt de vrouw voor enkele aanvullende vragen over haar gezondheidstoestand. De verpleegkundige vraagt onder andere naar:

- bijzonderheden
- voelen van leven
- harde buik
- vaginaal bloedverlies
- vruchtwaterverlies

De verpleegkundige die verantwoordelijk is voor de thuismonitoring verwerkt deze gegevens in het medisch dossier. De bevindingen worden dagelijks op een later moment besproken met de arts-assistent. Bij afwijkingen schakelt de verpleegkundige direct de arts-assistent in. Eventueel komt de vrouw 's middags voor controle naar het ziekenhuis. Indien nodig wordt zij heropgenomen.

Enkele keren per week komt de thuismonitoringverpleegkundige tussen 10.00 en 15.00 uur langs op huisbezoek. Hoe vaak de thuismonitoringverpleegkundige langskomt, hangt af van het risico op complicaties. Ze voert controles uit die anders in het ziekenhuis gedaan zouden worden, zoals het meten van bloeddruk, polsslag en temperatuur.

³⁰ Voorheen konden er maximaal 5 vrouwen deelnemen aan thuismonitoring

Tevens informeert de verpleegkundige de zwangere tijdens het huisbezoek over:

- Leefregels en voorschriften met betrekking tot bedrust.
- De bevalling en eventueel geboorteplan.
- Het melden van eventuele klachten.

Alle gegevens worden dezelfde dag doorgegeven aan de gynaecoloog of arts-assistent. Als er reden is om de behandeling bij te stellen, dan wordt de zwangere daar telefonisch van op de hoogte gesteld.

Op maandagochtend komt de vrouw terug voor een uitgebreide controle in het ziekenhuis. Op deze terugkomdag bepaalt de perinatoloog³¹ het beleid voor de volgende week.

Sense4Baby is ziekenhuisverplaatste zorg. Dit betekent dat de zwangere thuis moet voldoen aan de voorwaarde van een ziekenhuisopname:

- Wat de vrouw in het ziekenhuis mag en kan doen, mag zij thuis ook doen.
- De vrouw mag thuis geen (zware) huishoudelijke taken uitvoeren, zoals schoonmaken of boodschappen doen.
- Bij de vrouw thuis moet (grotendeels) opvang voor eventueel andere kinderen geregeld worden. In het ziekenhuis kan de vrouw ook niet voor haar kinderen zorgen.
- De vrouw moet tijdens de opname thuis blijven. Ze mag niet autorijden, winkelen, op bezoek, etc. Omdat het formeel om een opname gaat, is het ziekenhuis aansprakelijk als er iets gebeurt.

Voordelen

Er zijn meerdere voordelen voor de zwangere en het ziekenhuis:

- De zwangere vrouw hoeft minder vaak voor controle naar de polikliniek en/of hoeft niet opgenomen te worden in het ziekenhuis.
- De vrouw maakt thuis zelf het CTG. De verpleegkundige hoeft niet meer dagelijks langs, maar controleert het CTG vanuit het

³¹ Gynaecoloog gespecialiseerd in zwangerschap met complicaties

ziekenhuis. De vrijgespeelde tijd kan ze gebruiken voor overige werkzaamheden op de afdeling.

- S4B versterkt de regierol en tevredenheid van de vrouw. De vrouw kan thuis blijven, ligt in haar eigen bed en heeft meer privacy. Haar gezin hoeft niet meer naar het ziekenhuis om haar te bezoeken.

1.3.2. Implementatieplan

Om Sense4Baby ook in andere ziekenhuizen te implementeren, geven we enkele concrete handvatten. We werken hiervoor de volgende drie onderwerpen uit:

- Visie
- Lessen voor implementatie
- Beknopte businesscase

Visie

Sense4Baby wordt georganiseerd vanuit het dagelijks leven van de patiënt. Dit is mogelijk door het toepassen van technologische ontwikkelingen, zoals e-health. Hiermee stimuleert S4B de triple aim doelstellingen:

- S4B verbetert de ervaren kwaliteit van zorg: Patiënten geven aan dat ze S4B als erg prettig ervaren. De wetenschap dat de vrouwen op afstand gemonitord worden door het ziekenhuis geeft zekerheid en rust.
- S4B verbetert de gezondheid van de populatie: S4B versterkt het zelfmanagement van de patiënt. Daarnaast kunnen vrouwen met langdurig gebroken vliezen thuis in de eigen omgeving blijven. Hierdoor lopen ze minder kans op een infecties.
- S4B verlaagt de kosten per hoofd van de bevolking: De zwangere vrouw hoeft minder vaak voor controle naar de polikliniek en/of hoeft niet opgenomen te worden in het ziekenhuis.

Lessen voor implementatie

Om Sense4Baby ook in andere ziekenhuizen te implementeren, moet met enkele "do's & don'ts" rekening gehouden worden. We brengen hiervoor de volgende lessen voor implementatie in kaart:

- Welke afspraken moet je maken?
- Wat moet je organiseren?
- Wat verandert er voor de zorgverleners?
- Wat verandert er voor de patiënten?
- Wat zijn aandachtspunten?

Welke afspraken moet je maken?

- **Afspraken tussen zorgverleners:**
In het ziekenhuis moeten duidelijke afspraken gemaakt worden over de inclusie- en exclusiecriteria van Sense4Baby. De verpleegkundigen en artsen die zwangeren aanmelden voor deelname aan Sense4Baby moeten goed op de hoogte zijn van deze criteria, om te voorkomen dat vrouwen onnodig aangemeld worden. Ook moeten er afspraken gemaakt worden over het tijdstip van het bespreken van CTG's tussen de verpleegkundigen en arts-assistenten.

Wat moet je organiseren?

- **24/7 bereikbaarheid:**
Zorg dat de afdeling verloskunde bereikbaar is voor vragen van de patiënten. Overdag bellen patiënten naar de thuismonitoringsverpleegkundige. Buiten kantoor tijd bellen patiënten naar hetzelfde nummer, maar wordt doorgeschakeld naar de afdeling verloskunde.
- **Beschikbaarheid voldoende Sense4Baby-units:**
De S4B-units worden geleased. In het Isala Vrouw-Kindcentrum zijn standaard zes S4B-units beschikbaar. Als er meer vrouwen deelnemen aan de thuismonitoring, kunnen er binnen 24 uur extra S4B-units geleverd worden.
- **Leaseauto:**
De thuismonitoringsverpleegkundige legt enkele dagen per week huisbezoeken af. De verpleegkundige heeft hiervoor een auto nodig. Deze auto kan eventueel gedeeld worden met andere afdelingen om de kosten te dekken. Alleen zwangere vrouwen die binnen een straal van 45 minuten van het ziekenhuis wonen kunnen deelnemen aan de thuismonitoring.

Wat verandert er voor de zorgverleners?

- **Zorgverleners van het ziekenhuis moeten vertrouwen op patiënten:**

Een initiatief als Sense4Baby vraagt om een nieuwe manier van werken, voor zorgverleners en patiënten. Zorgverleners zien hun patiënten niet meer elke week voor controle in het ziekenhuis. De zorgverleners moeten erop vertrouwen dat de patiënten zich houden aan de regels voor ziekenhuisverplaatste zorg. Alleen als het echt nodig is worden de patiënten opgenomen in het ziekenhuis.

Wat verandert er voor de patiënten?

- **Patiënten moeten meer eigen regie nemen:**

Patiënten moeten bereid zijn om mee te gaan in de nieuwe manier van zorgverlening. Patiënten krijgen meer eigen regie en worden niet meer opgenomen op de afdeling. Thuis nemen ze zelf het CTG af en sturen dit via de tablet op naar het ziekenhuis.

- **Patiënten hoeven minder vaak voor controle naar de polikliniek en/of hoeven niet opgenomen te worden in het ziekenhuis:**

Dankzij Sense4Baby hoeft een deel van de vrouwen met een hoog risico op zwangerschapscomplicaties minder vaak voor controle naar de polikliniek en niet meer opgenomen te worden in het ziekenhuis. Thuis moeten de vrouwen zich houden aan de voorwaarden van een ziekenhuisopname.

Wat zijn aandachtspunten?

- Neem de vrouw eerst één nacht op in het ziekenhuis om te kijken of ze geschikt is voor Sense4Baby en om de DOT voor thuismonitoring te openen.
- Blok tijd voor de verpleegkundige voor het bekijken en beoordelen van de CTG's. De verpleegkundige is op die momenten niet inzetbaar voor de afdeling.
- Werk met een vast team van thuismonitoringsverpleegkundigen. Hierdoor doet iedereen voldoende ervaring op met thuismonitoring. Ook versterkt een vast team het verantwoordelijkheidsgevoel en wordt het maken van goede afspraken over informatieverstrekking makkelijker.

- Zorg dat de thuismonitoringverpleegkundige voldoende informatie aan de zwangeren blijft geven, ook al komt ze niet meer elke dag langs op huisbezoek.

Beknopte businesscase

Met een beknopte businesscase maken we een inschatting voor de baten van heel Nederland, als Sense4Baby overal wordt ingevoerd. Per patiënt kan Sense4Baby leiden tot een besparing van bijna 1.550 euro per patiënt³².

Als Sense4Baby in alle ziekenhuizen in Nederland wordt ingevoerd, kan dit leiden tot een besparing van bijna 5,4 miljoen euro per jaar. Deze besparing kan oplopen als de indicatiestelling voor Sense4Baby wordt verbreed. Daarnaast zijn er nog meerdere voordelen voor de patiënt die zich moeilijk in geld laten uitdrukken, zoals meer privacy en minder reistijd naar het ziekenhuis.

³² Het gaat hier om een besparing voor Nederland, niet om extra winst voor het ziekenhuis. We kijken alleen naar de besparing in kosten ten opzichte van de 'oude' situatie en niet naar de vergoeding vanuit de zorgverzekeraars.

Businesscase ziekenhuis op basis van situatie met 10 S4B-units

Aantal S4B-units	10	
Aantal vrouwen in S4B	120	Vrouwen zitten gemiddeld 2 weken in de thuismonitoring. Schatting dat de helft van de S4B-units tegelijkertijd in gebruik zijn
Extra kosten		
<i>Extra kosten niet toewijsbaar aan één zwangere</i>		
Inzet verpleegkundige	€67.000	Per jaar. Inzet van 1 FTE verpleegkundige bij 10 S4B patiënten per jaar.
Kosten leaseauto	€8.000	Per jaar. Als er minder vrouwen deelnemen aan S4B, dan kan de auto gedeeld worden met andere afdelingen om de kosten te dekken.
Opleidingskosten verpleegkundigen	€1.400	Per jaar. Een cursus kost €1.000. Inschatting dat het team bestaat uit 7 verpleegkundigen die iedere 5 jaar een herhaalcursus volgen.
Leasekosten S4B-units	€72.500	Voor 10 S4B-units. Kosten per unit bedragen €7.250.
Totaal niet toewijsbaar	€1.240	Extra kosten niet toewijsbaar aan één zwangere/ aantal zwangeren in S4B
<i>Extra kosten toewijsbaar aan één zwangere</i>		
Eerste nacht opname in ziekenhuis	€485	Per zwangere. Gemiddelde kosten van een verpleegdag op basis van de kostenhandleiding van het Zorginstituut Nederland
Terugkomdagen	€1.560	Per zwangere. Vrouwen nemen gemiddeld 13 dagen deel aan S4B en komen dus 2x naar een terugkomdag. Een DOT 'Onderzoek(en) of behandeling tijdens een polikliniekbezoek of dagbehandeling bij begeleiding zwangerschap' kost gemiddeld €780.
Kosten CTG's	€1.495	Per zwangere. Vrouwen nemen gemiddeld 13 dagen deel aan S4B. Elke dag maken ze een CTG a €115
Totale extra kosten S4B	€4.785	Per zwangere
Afname kosten		
Afname kosten ligdagen in het ziekenhuis	€6.330	Gemiddelde kosten van een verpleegdag op basis van de kostenhandleiding van het Zorginstituut Nederland. ⁴⁹ Vrouwen nemen gemiddeld 13 dagen deel aan S4B.
Besparing door S4B	€1.550	Per zwangere
	€185.780	Voor omgeving Zwolle (adherentiegebied Isala Vrouw-Kindcentrum)

Potentiële besparing Nederland

Percentage zwangeren geschikt voor S4B	3%	Van de vrouwen die nu tijdens de zwangerschap begeleid worden in het ziekenhuis (100 vrouwen in S4B van 3.500 bevallingen in het Isala Vrouw-Kindcentrum)
Totaal aantal zwangeren dat begeleid wordt in een ziekenhuis	118.000	71% van de zwangere (van de totaal 166.700 bevallingen in 2015)
Totaal aantal patiënten geschikt voor S4B in Nederland	3.500	
Totale besparing Nederland bij invoering S4B	€5,4 miljoen	3.500 patiënten * besparing per patiënt (€1.550)

Voor meer informatie over Sense4Baby kunt u contact opnemen met Elly Bezembinder –verpleegkundige kraam- en verlosafdeling:

t.e.bezembinder@isala.nl





ZORG IN PERSPECTIEF



2. Zorg in perspectief

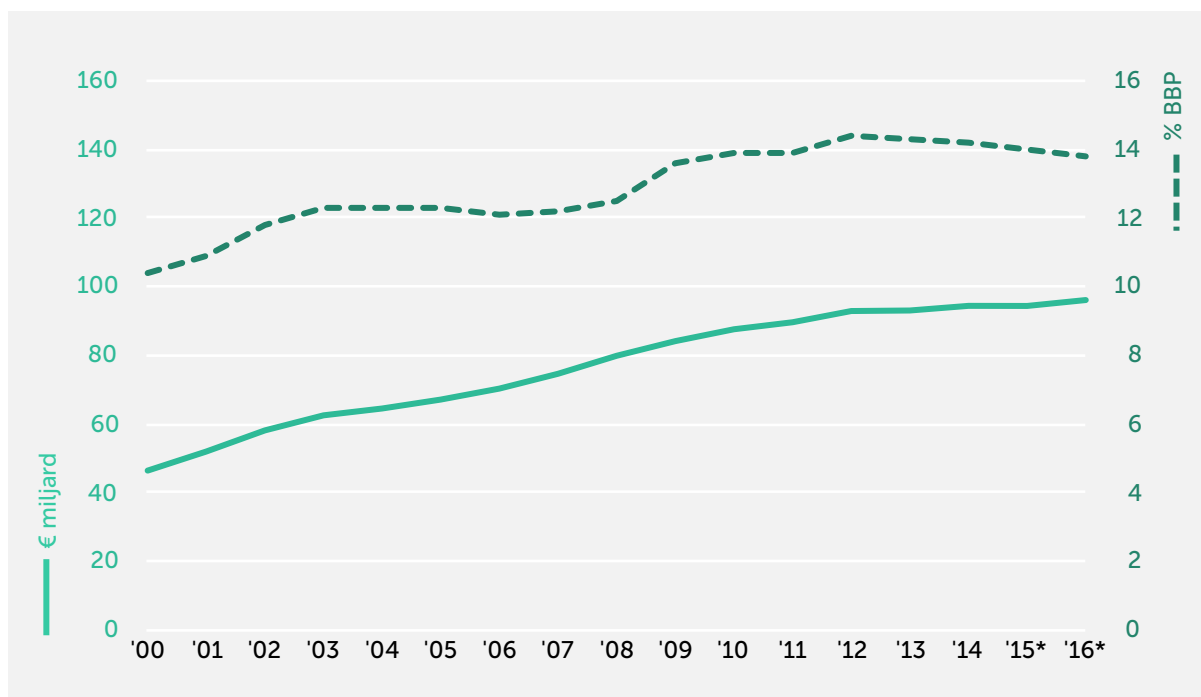
- ▶ De totale zorgkosten in Nederland zijn voor het vierde jaar op rij minder gestegen dan het Bruto Binnenlands Product.
- ▶ 28% van de totale zorguitgaven in 2016 betrof uitgaven aan de medisch-specialistische zorg. De groei van de uitgaven aan medisch-specialistische zorg was 2,5% in 2016 (inclusief prijsstijgingen).
- ▶ De uitgaven aan medisch-specialistische zorg zijn in de periode 2012 - 2016 gestegen in lijn met de groei van het Bruto Binnenlands Product (BBP).
- ▶ In de laatste zes jaar zijn de uitgaven aan medisch-specialistische zorg met gemiddeld 2,2% per jaar gestegen, exclusief overheveling van geneesmiddelen.
- ▶ Ten opzichte van de voorafgaande periodes 1998 - 2004 (8,4%) en 2004 - 2010 (6,2%) is de groei van de medisch-specialistische zorg sterk gedaald.
- ▶ In 2016 is bijna €2 miljard (7,3% van de totale uitgaven aan medisch-specialistische zorg) uitgegeven aan dure geneesmiddelen, de stijging in 2015 heeft zich hiermee voortgezet.
- ▶ In vergelijking met andere Europese landen had Nederland weinig klinische opnamen per inwoner en was de opnameduur in Nederland gemiddeld korter.
- ▶ Ook het aantal CT- en MRI-scans per 1.000 inwoners was in Nederland lager dan in andere landen.
- ▶ Het aantal ziekenhuisbedden per 1.000 inwoners was in Nederland in 2016 relatief laag ten opzichte van andere landen.
- ▶ Het aantal medisch specialisten per 1.000 inwoners was in 2015 vergelijkbaar met andere landen.
- ▶ Nederland is één van de weinige landen waar gedurende de afgelopen jaren de zorgkosten minder toenamen dan het BBP.
- ▶ De uitgaven aan de medisch-specialistische zorg, als percentage van het BBP, liggen in Nederland in lijn met de uitgaven in andere Europese landen.



2.1 Inleiding

In 2016 is €96,1 miljard uitgegeven aan de gehele zorg in Nederland. Dat is €1,7 miljard (1,8%) meer dan in 2015. Het was het vierde jaar op rij dat de zorgkosten minder toenamen dan het BBP. In 2016 werd 13,8% van het BBP uitgegeven aan zorg. De zorguitgaven bedroegen €5.660 per inwoner in 2016.

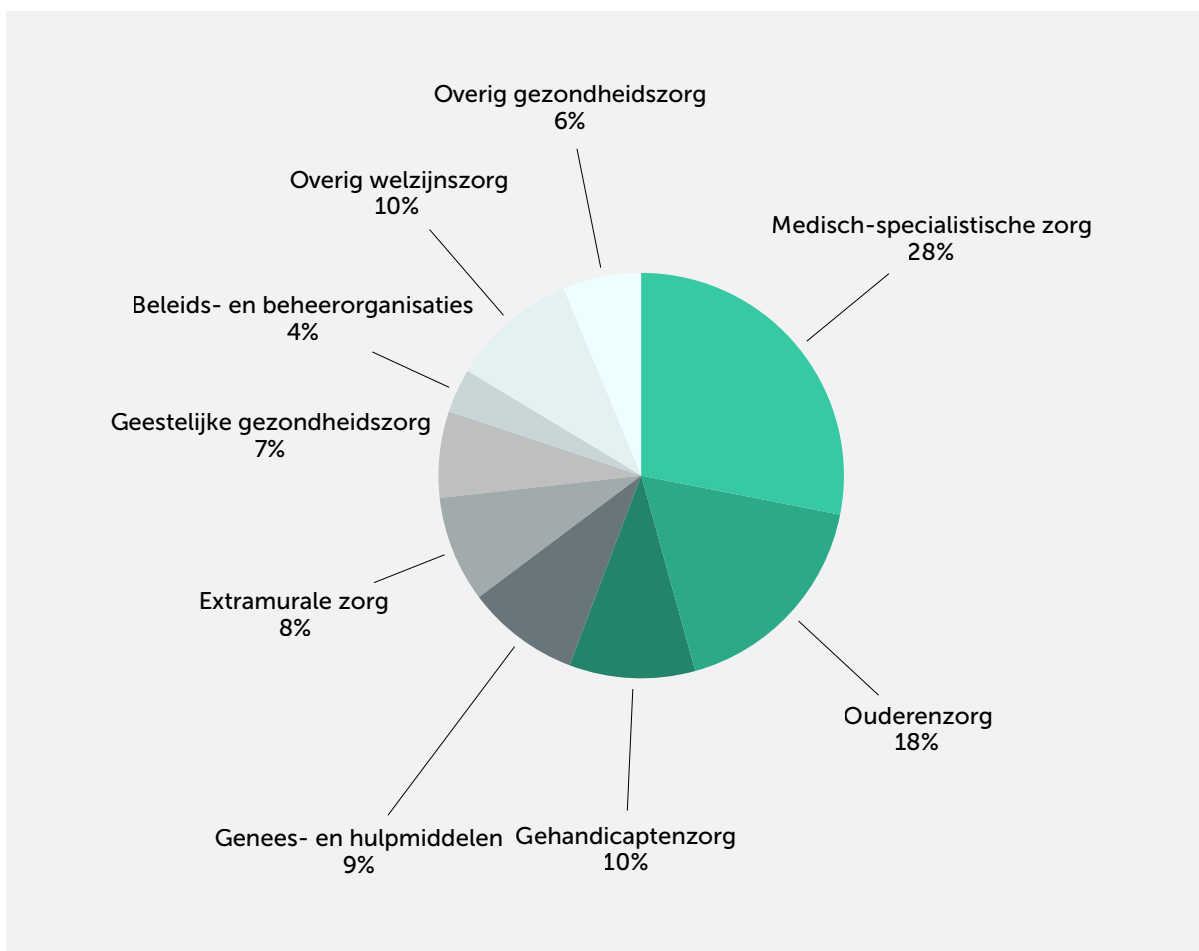
Figuur 2.1: Uitgaven zorg en welzijn sinds 2000 (€ miljard; % BBP)



Bron: CBS, * voorlopige cijfers 2015 en 2016

In 2016 bedroeg het aandeel medisch-specialistische zorg 28% van de totale zorgkosten in Nederland. De uitgaven aan medisch-specialistische zorg zijn in 2016 gestegen met 2,5%, inclusief prijsstijgingen (CBS, voorlopige cijfers).

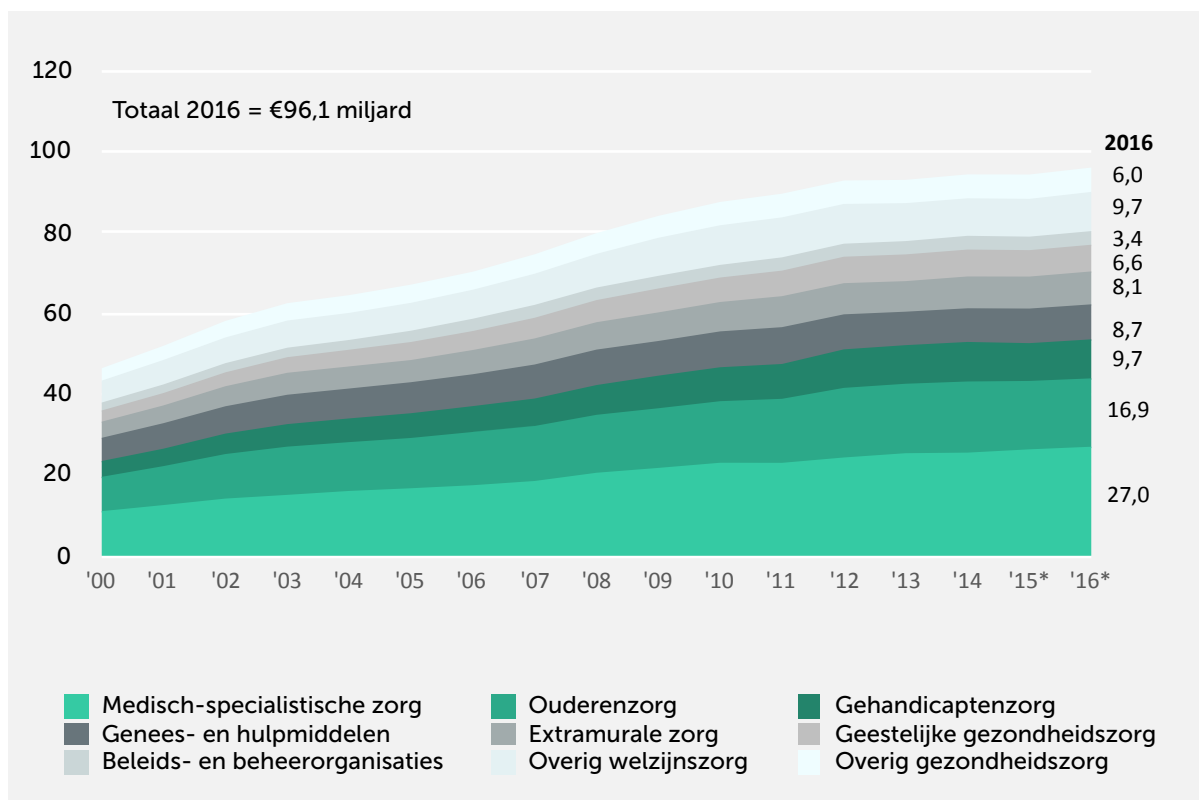
Figuur 2.2: Uitgaven zorg en welzijn per branche in 2016 (%)



Bron: CBS, voorlopige cijfers 2016

Van de totale uitgaven aan zorg en welzijn werd in 2016 €27,0 miljard besteed aan medisch-specialistische zorg.

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



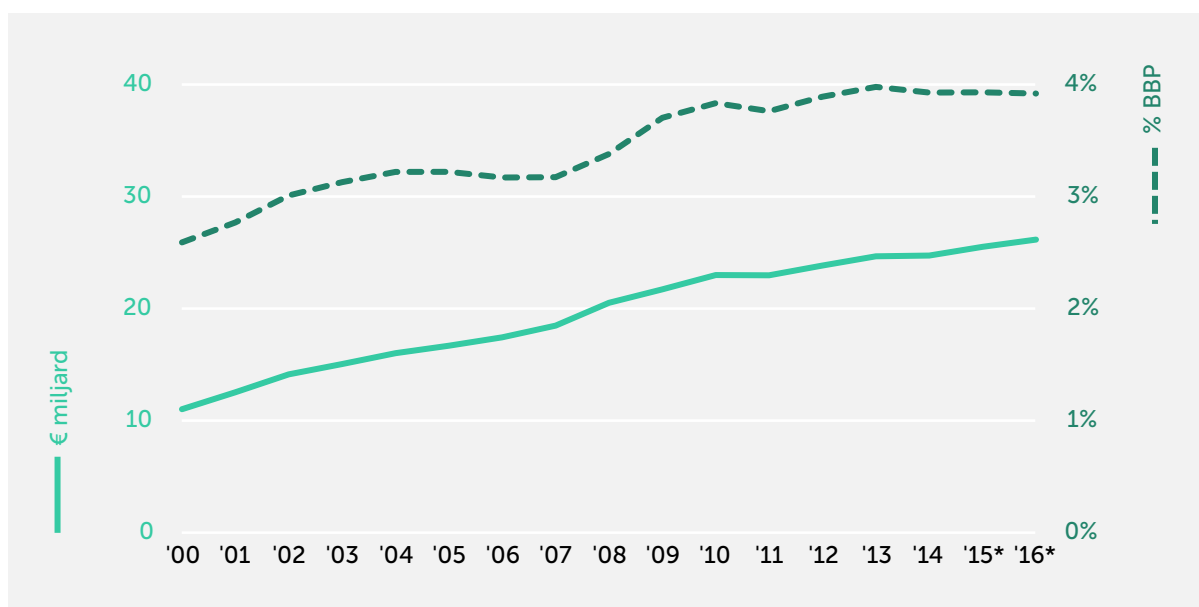
Bron: CBS, * voorlopige cijfers 2015 en 2016

De uitgaven aan medisch-specialistische zorg zijn in de periode 2012 - 2016 ongeveer even snel gestegen als het BBP. Daarmee is het aandeel uitgaven medisch-specialistische zorg ten opzichte van het BBP vrijwel constant gebleven in deze periode. Deze uitgavenbeheersing wordt onder andere verklaard door de afspraken over de uitgavengroei in het Bestuurlijk Hoofdlijnakkoord. De minister van VWS sloot dit akkoord in 2011 met de zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

De stijging van de uitgaven in de periode 2000 - 2012 als percentage van het BBP heeft verschillende redenen, waaronder de ontwikkelingen in de medische technologie, verruimde indicaties, nieuwe behandelmethoden en demografische ontwikkelingen. Deze stijging heeft zich ook in andere landen voorgedaan, hier wordt vanaf paragraaf 2.5 uitgebreider op ingegaan.

Om de cijfers per jaar te kunnen vergelijken, zijn in onderstaande figuur de geneesmiddelen niet meegenomen die eerder in het budget voor farmaceutische zorg vielen en in de periode 2012 - 2016 zijn overgeheveld naar het budget voor medisch-specialistische zorg.

Figuur 2.4: Uitgaven medisch-specialistische zorg sinds 2000 (€ miljard; % BBP)

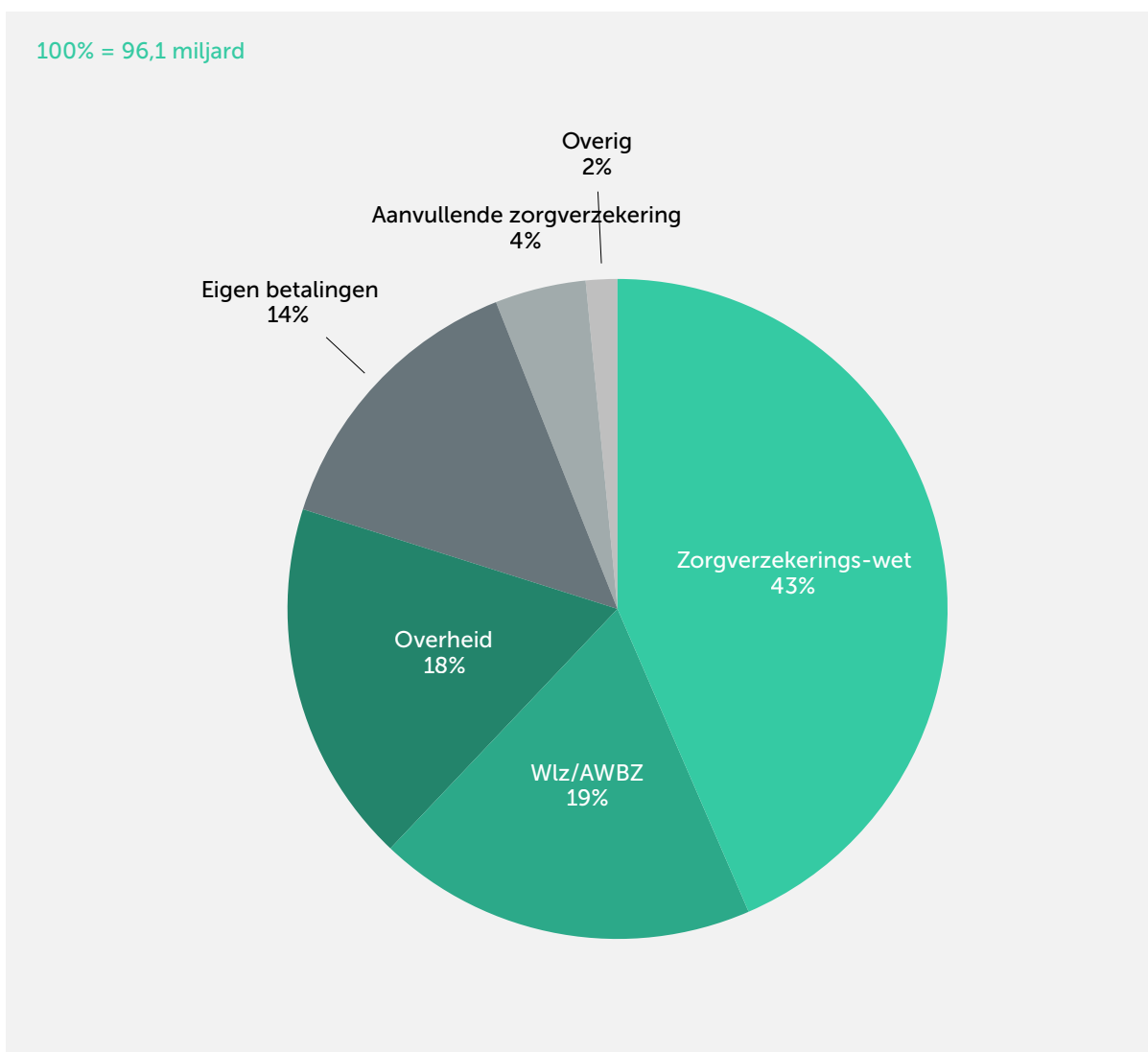


Bron: CBS, NZa, * voorlopige cijfers 2015 en 2016



Van de €96,1 miljard aan totale uitgaven aan zorg werd het grootste deel – €59,7 miljard (62,1%) – gefinancierd via de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg (Wlz).

Figuur 2.5: Uitgaven zorg en welzijn naar financiering in 2016 (%)



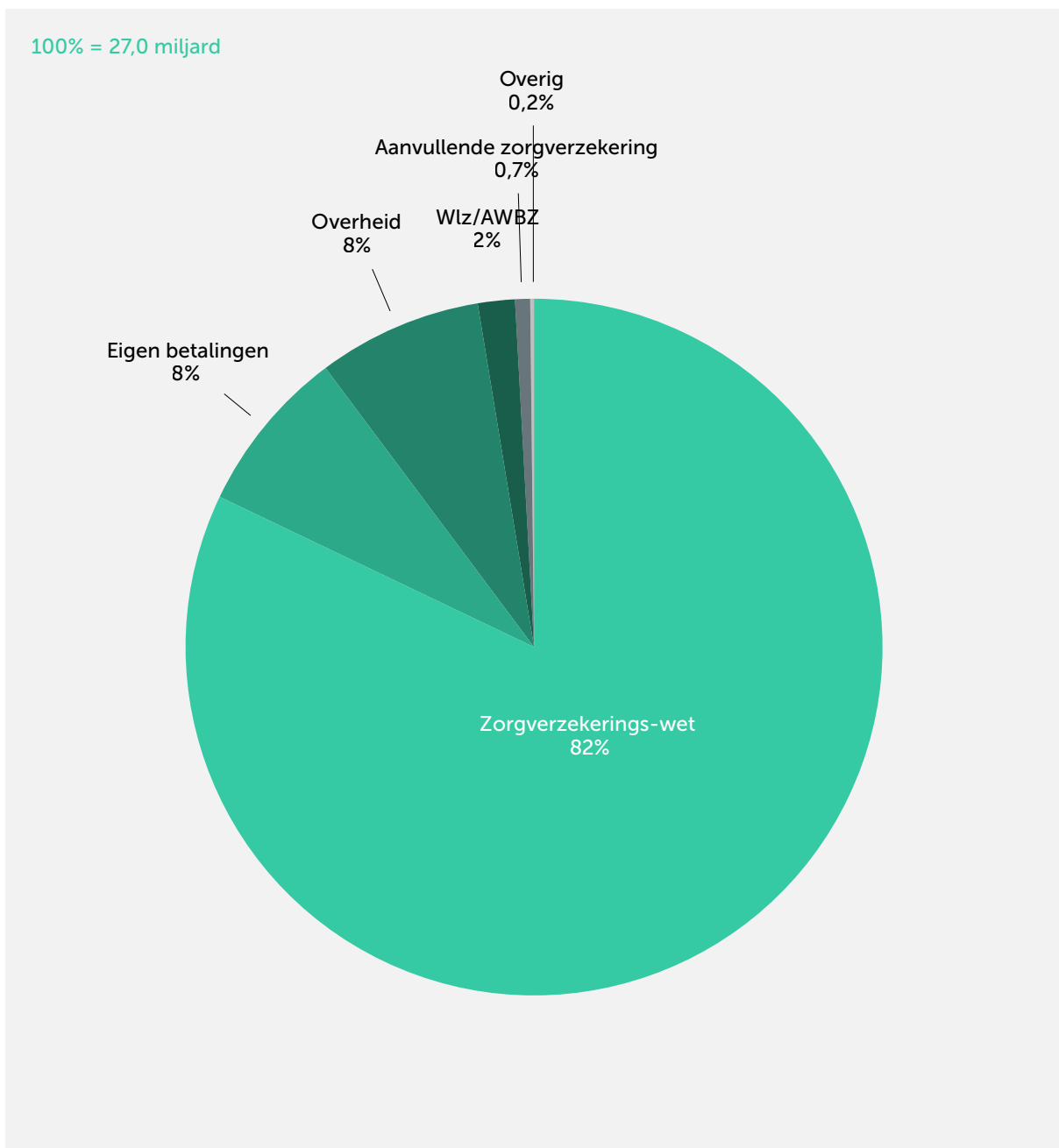
Bron: CBS^{1,2}

¹ Eigen betalingen: omvat eigen betalingen voor niet-verzekerde zorg, eigen bijdragen conform de Zorgverzekeringswet en aanvullende verzekeringen. De inkomensafhankelijke eigen bijdragen in de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), het verplicht en vrijwillig eigen risico in de Zorgverzekeringswet en de eigen bijdragen in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), vallen hier ook onder.

² Overheid: omvat betalingen door het Rijk, provincies en gemeenten.

Van de uitgaven aan medisch-specialistische zorg werd in 2016 ruim 80% gefinancierd via de Zorgverzekeringswet.

Figuur 2.6: Uitgaven medisch-specialistische zorg naar financiering in 2016 (%)



Bron: CBS

2.2 Groei van de zorg van 1998 - 2016

De gemiddelde uitgavengroei in zorg en welzijn was in de afgelopen zes jaar 1,6%. Deze groei is lager dan de groei in de voorafgaande periodes 1998 - 2004 (8,2%) en 2004 - 2010 (5,2%). De groei is in alle zorg- en welzijnbranches afgenomen.

Wanneer we de overhevelingen³ van geneesmiddelen sinds 2012 niet meetellen, dan zijn de uitgaven van de medisch-specialistische zorg in de laatste zes jaar met gemiddeld 2,2% gestegen⁴. Indien ook de overhevelingen worden meegerekend, dan bedraagt de groei 2,7%. In de periode 1998 - 2004 bedroeg de groei nog 8,4% en in de periode 2004 - 2010 6,2%.

De uitgaven aan dure geneesmiddelen in ziekenhuizen zijn in de afgelopen jaren toegenomen: in 2014 bedroegen de uitgaven €1,7 miljard, in 2015 €1,8 miljard⁵ en kosten voor 2016 zijn geraamd op €1,9 miljard⁶. Een toename van het aantal verschillende geneesmiddelen en uitbreiding van de indicaties zijn onder meer oorzaken van de groei. Uit voorlopige cijfers uit de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ) blijkt dat de daadwerkelijke kosten voor dure geneesmiddelen in ziekenhuizen zelfs meer zijn gestegen dan de raming van €100 miljoen.

In de groep genees- en hulpmiddelen zijn de uitgaven met 1,1% gestegen in de afgelopen zes jaar, als hierbij de overgehevelde geneesmiddelen worden meegerekend. Zonder overgehevelde geneesmiddelen is er sprake van een daling van 0,4%.

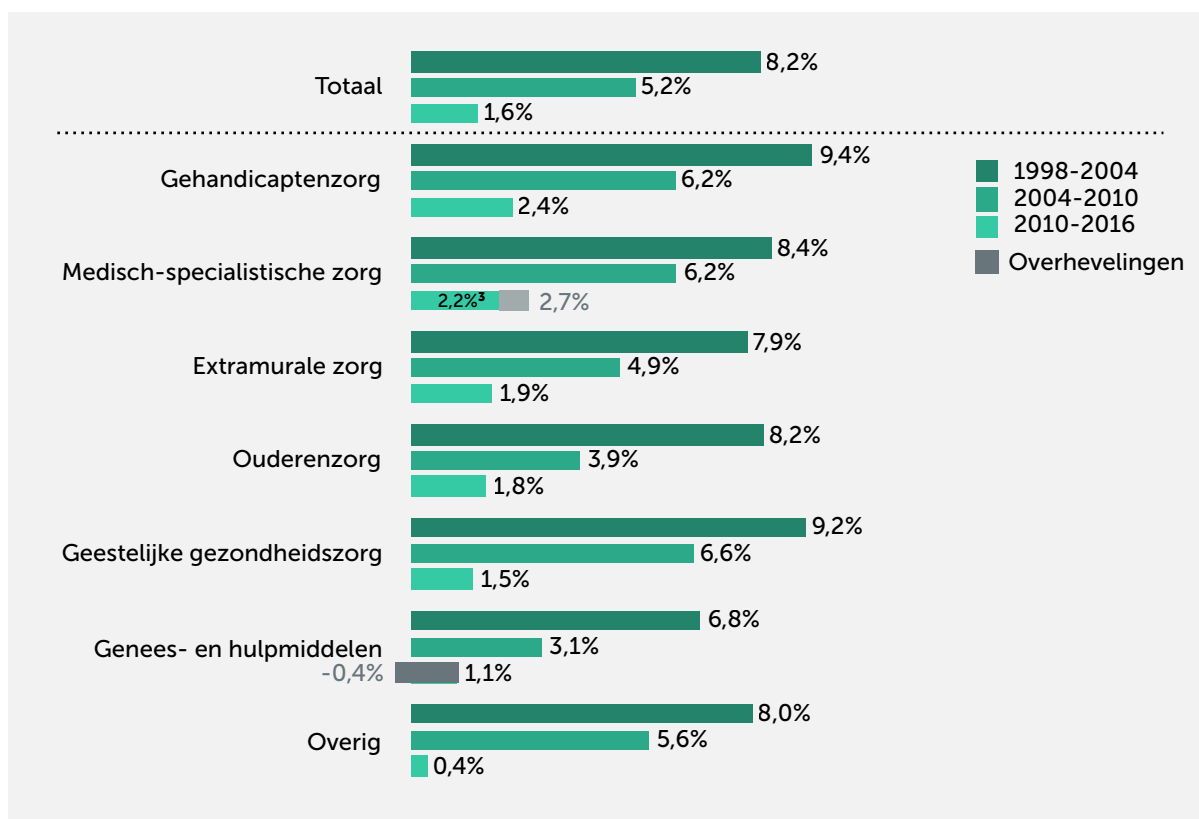
³ Geneesmiddelen die eerder in het budget voor extramurale farmaceutische zorg vielen en in de periode 2012-2016 zijn overgeheveld naar het budget voor medisch-specialistische zorg.

⁴ Gegeven dat informatie over overhevelingen beschikbaar is tot en met 2015, zijn voor 2016 de cijfers van het voorgaande jaar gehanteerd. Hiermee is verondersteld dat er in 2016 geen aanvullende geneesmiddelen zijn overgeheveld en dat er geen prijs- of volumeverandering is geweest voor reeds overgehevelde geneesmiddelen.

⁵ De stijging in 2015 kan deels verklaard worden door de overheveling van de groep overige oncolytica per 1 januari 2015 (€40 miljoen).

⁶ Bron: Vektis.

Figuur 2.7: Gemiddelde jaarlijkse groei van de uitgaven per branche (%)



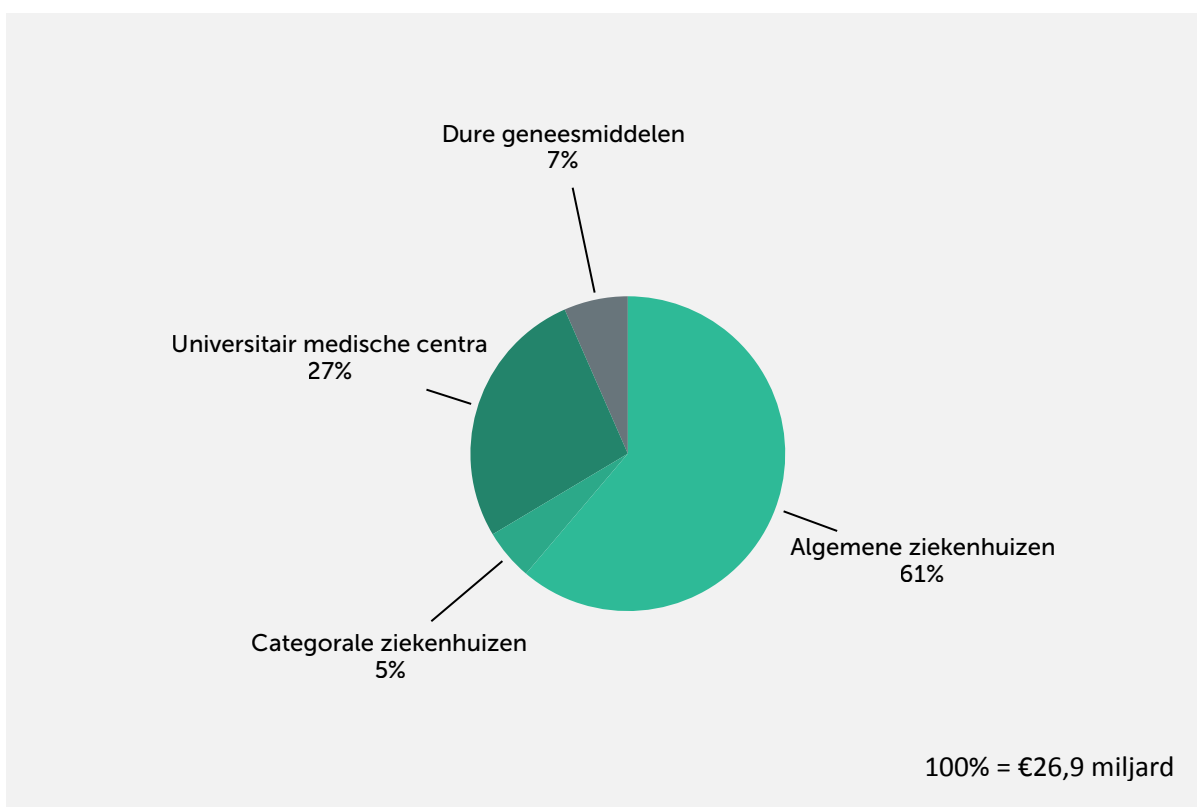
Bron: CBS, NZa



2.3 Algemene ziekenhuizen en medisch-specialistische zorg

Bijna twee derde van de uitgaven aan de medisch-specialistische zorg had in 2015 betrekking op de algemene ziekenhuizen (€17,4 miljard). €1,4 miljard (5%) had betrekking op de categorale ziekenhuizen en €1,8 miljard (7%) had betrekking op uitgaven aan dure geneesmiddelen.

Figuur 2.8: Totale uitgaven per type ziekenhuis in 2015



Bron: CBS (cijfers 2016 zijn nog niet beschikbaar), LBZ

2.4 Locaties van ziekenhuizen en instellingen voor klinische revalidatie

Het aantal locaties van algemene ziekenhuizen bedroeg medio 2017 114. Verder zijn er vier zelfstandige categorale ziekenhuizen: Het Oogziekenhuis in Rotterdam, het NKL Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis in Amsterdam, de Sint Maartenskliniek (orthopedie, reumatologie en revalidatie) en het Prinses Máxima Centrum voor Kinderoncologie in Utrecht. Daarnaast zijn er acht umc's.

In [Figuur 2.10](#) zijn de locaties weergegeven van de revalidatie-instellingen waar klinische zorg wordt geleverd.

Verder bestaan er audiologische centra, epilepsiecentra en long- en astmacentra.

Figuur 2.9: Locaties algemene ziekenhuizen



Bron: NVZ

Figuur 2.10: Locaties revalidatie-instellingen



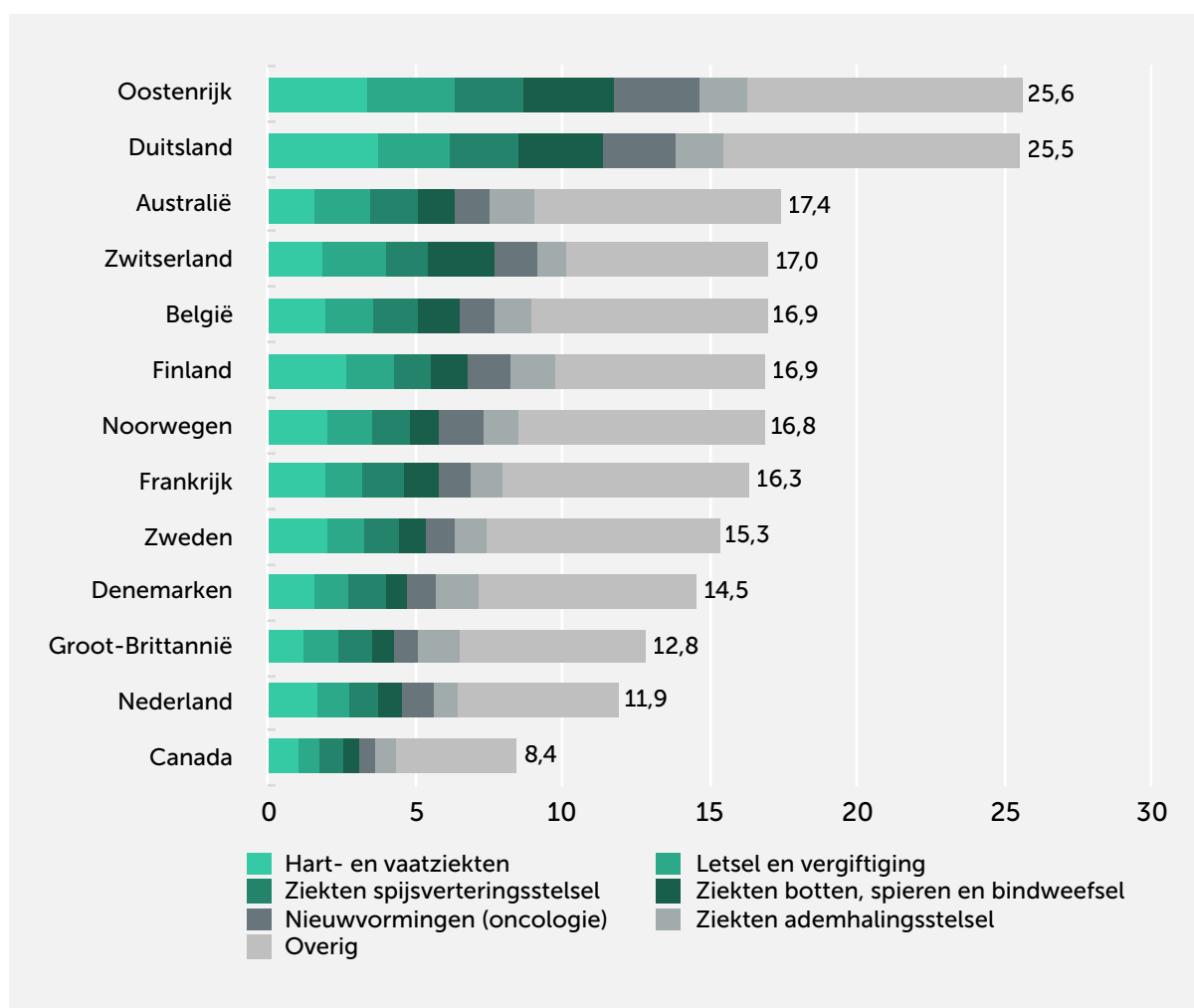
Bron: NVZ

2.5 Internationale vergelijking

Klinische opnamen

In Nederland worden al meerdere jaren relatief veel patiënten in dagbehandeling of poliklinisch behandeld. In vergelijking met andere Europese landen waren in Nederland in 2015 relatief weinig klinische opnamen per inwoner. In Nederland waren in 2012 minder dan twaalf klinische opnamen in het ziekenhuis per 100 inwoners. In 2015 is in Nederland het aantal klinische opnamen per 100 inwoners bijna 5% hoger dan in 2012 (bron: LBZ). Het aantal klinische opnamen blijft daarmee echter laag ten opzichte van andere landen.

Figuur 2.11: Aantal klinische opnamen naar diagnosegroep per 100 inwoners



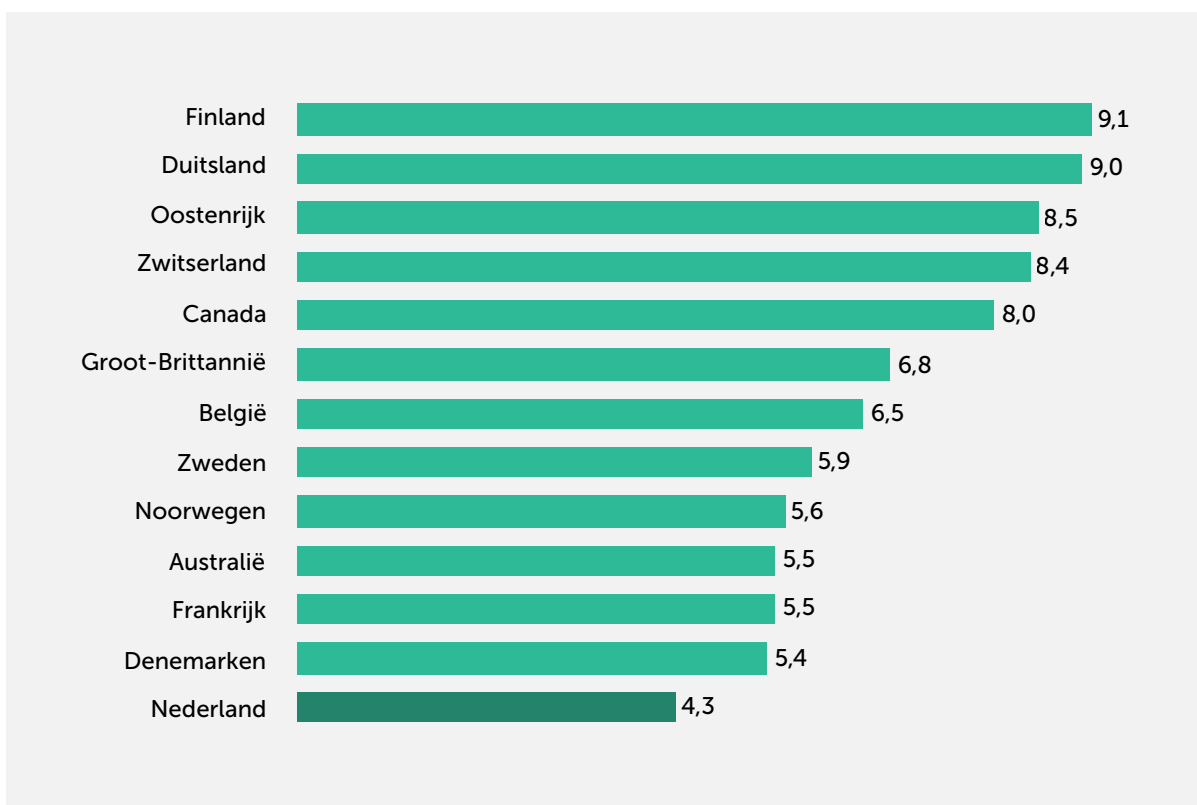
Bron: OECD⁷

⁷ Op basis van cijfers 2015, met uitzondering van Nederland (2012), Australië en België (2014) en Denemarken (2016).

Opnameduur

De opnameduur voor klinische opnamen bedroeg in Nederland gemiddeld 4,3 dagen in 2016. Dit was relatief constant in de afgelopen drie jaar, zie ook paragraaf 4.4 voor de ontwikkeling bij algemene ziekenhuizen. De gemiddelde opnameduur in Nederland was lager dan in andere Europese landen.

Figuur 2.12: Gemiddelde opnameduur in dagen



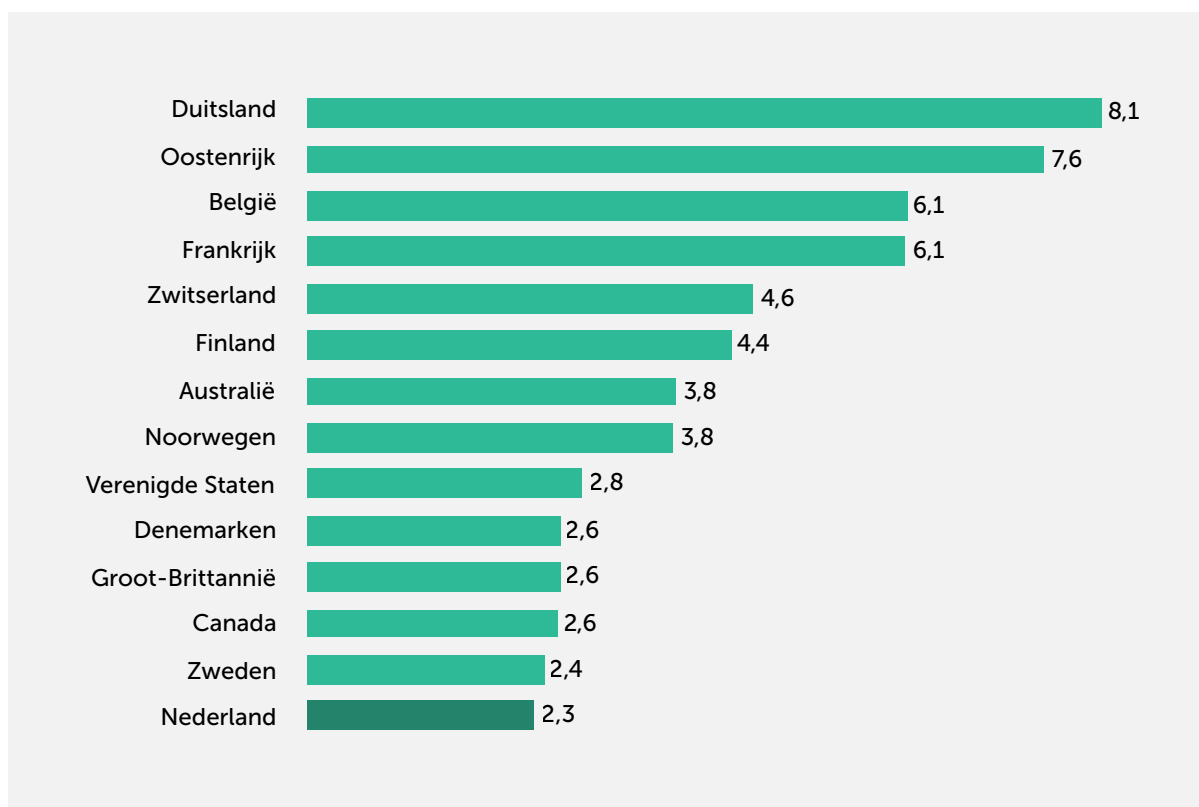
Bron: OECD, LBZ⁸

⁸ Op basis van cijfers 2015, met uitzondering van België, Noorwegen en Australië (2014), Denemarken (2016) en Nederland (LBZ 2016).

Aanbod ziekenhuiszorg: bedden en specialisten

In 2016 waren er 2,3 bedden per 1.000 inwoners in Nederland. Dit aantal is relatief laag ten opzichte van andere landen. Zie de bijlage Toelichting op bronnen en analyses voor toelichting op de landenselectie.

Figuur 2.13: Aantal ziekenhuisbedden per 1.000 inwoners

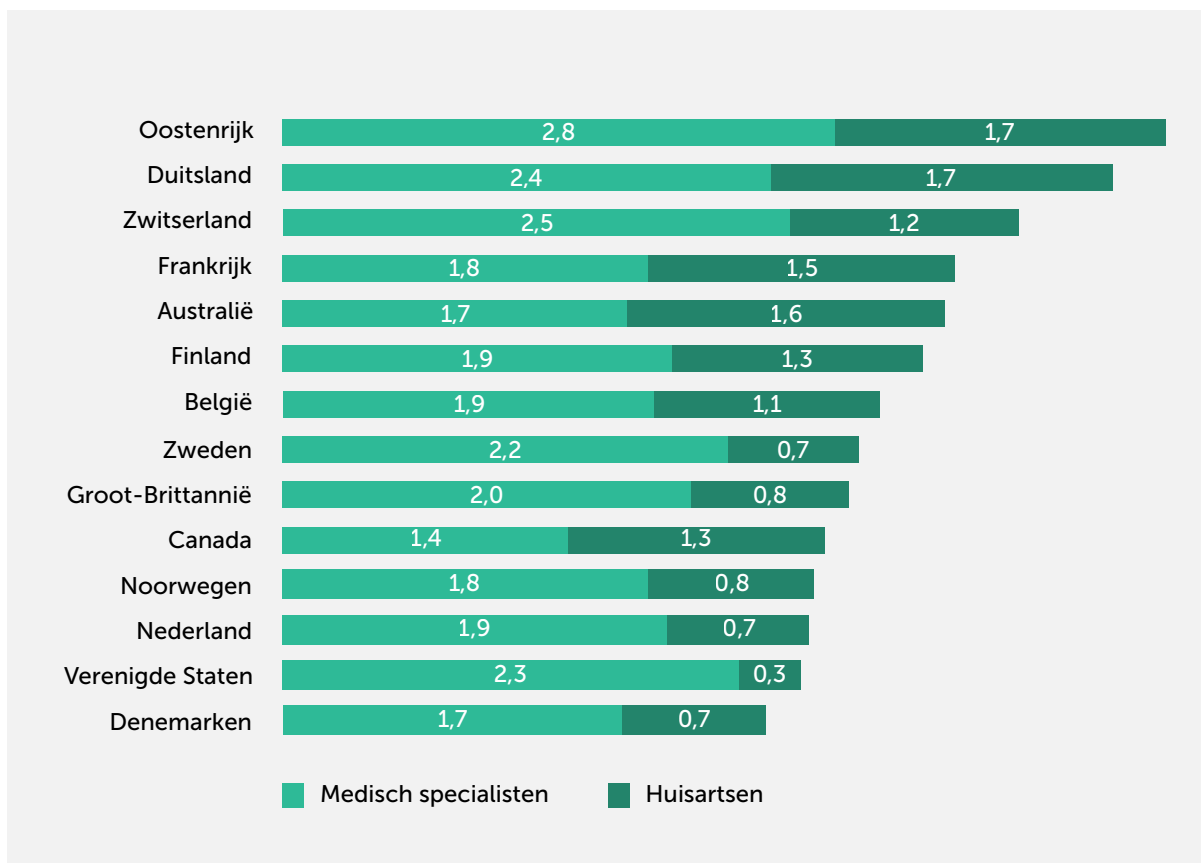


Bron: OECD, Enquête Jaarcijfers Ziekenhuizen (EJZ)⁹

⁹ Op basis van cijfers 2015, met uitzondering van Australië en de Verenigde Staten (2014) en België, Canada en Denemarken (voorlopige cijfers 2016) en Nederland (EJZ, 2016, schatting van totaal op basis van 57 ziekenhuizen).

Het gemiddelde aantal medisch specialisten per 1.000 inwoners in 2015 is in Nederland vergelijkbaar met andere landen. Het (absolute) aantal medisch specialisten in Nederland is in de afgelopen jaren toegenomen, zie paragraaf 3.5.

Figuur 2.14: Aantal medisch specialisten en huisartsen per 1.000 inwoners



Bron: OECD¹⁰, NIVEL

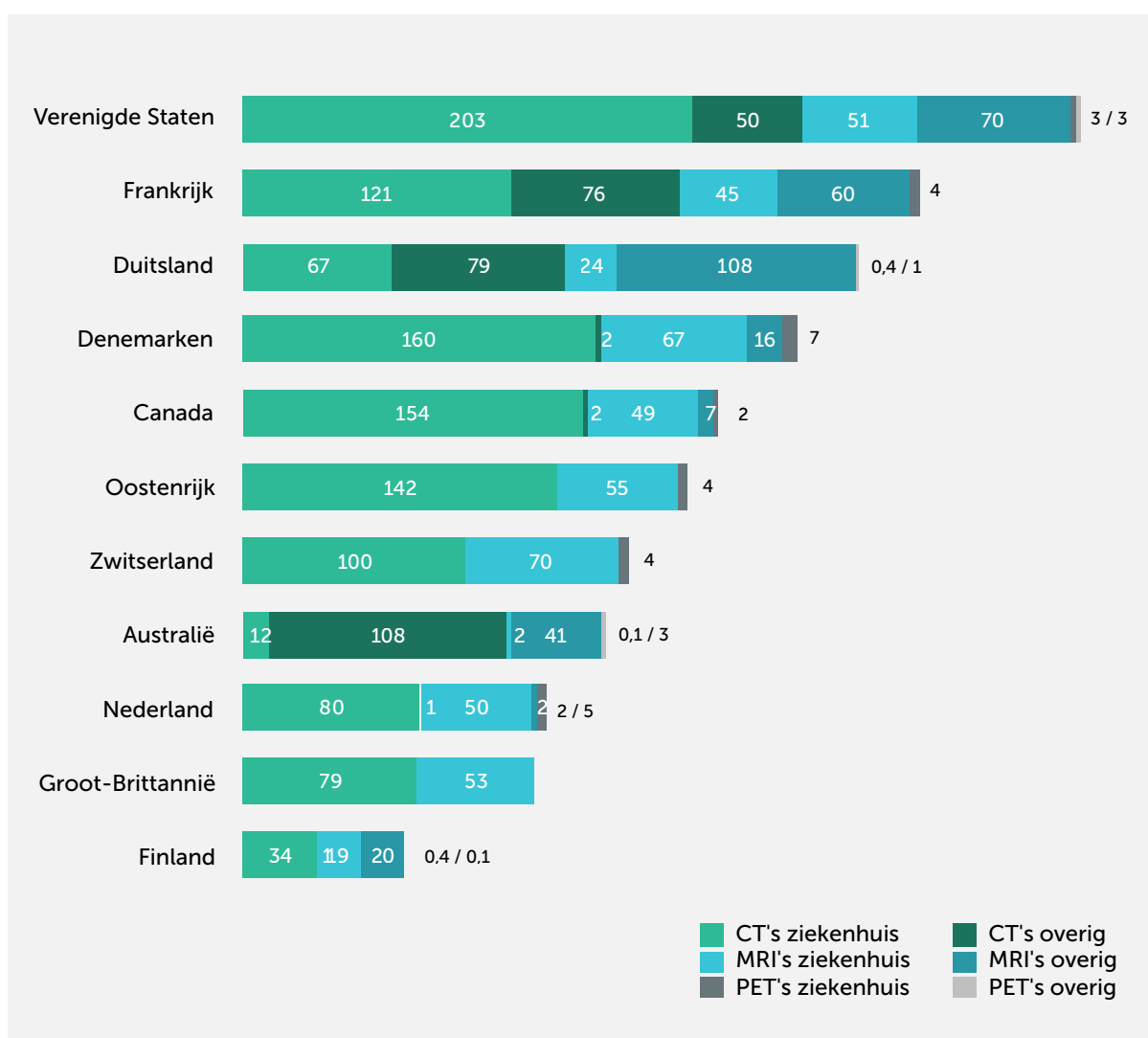


¹⁰ Op basis van cijfers 2015, met uitzondering van Denemarken, de Verenigde Staten, Zweden (2014) en Canada, Frankrijk, Groot-Brittannië en Zwitserland (voorlopige cijfers 2016) en Nederland (huisartsen op basis van NIVEL, 2015).

Gebruik van technologie

In 2015 was het aantal CT- en MRI-scans per 1.000 inwoners in Nederland lager dan in vergelijkbare landen, met uitzondering van Finland. Het aantal PET-scans was vergelijkbaar met andere landen.

Figuur 2.15: Aantal CT-scans, MRI-scans en PET-scans in ziekenhuizen per 1.000 inwoners



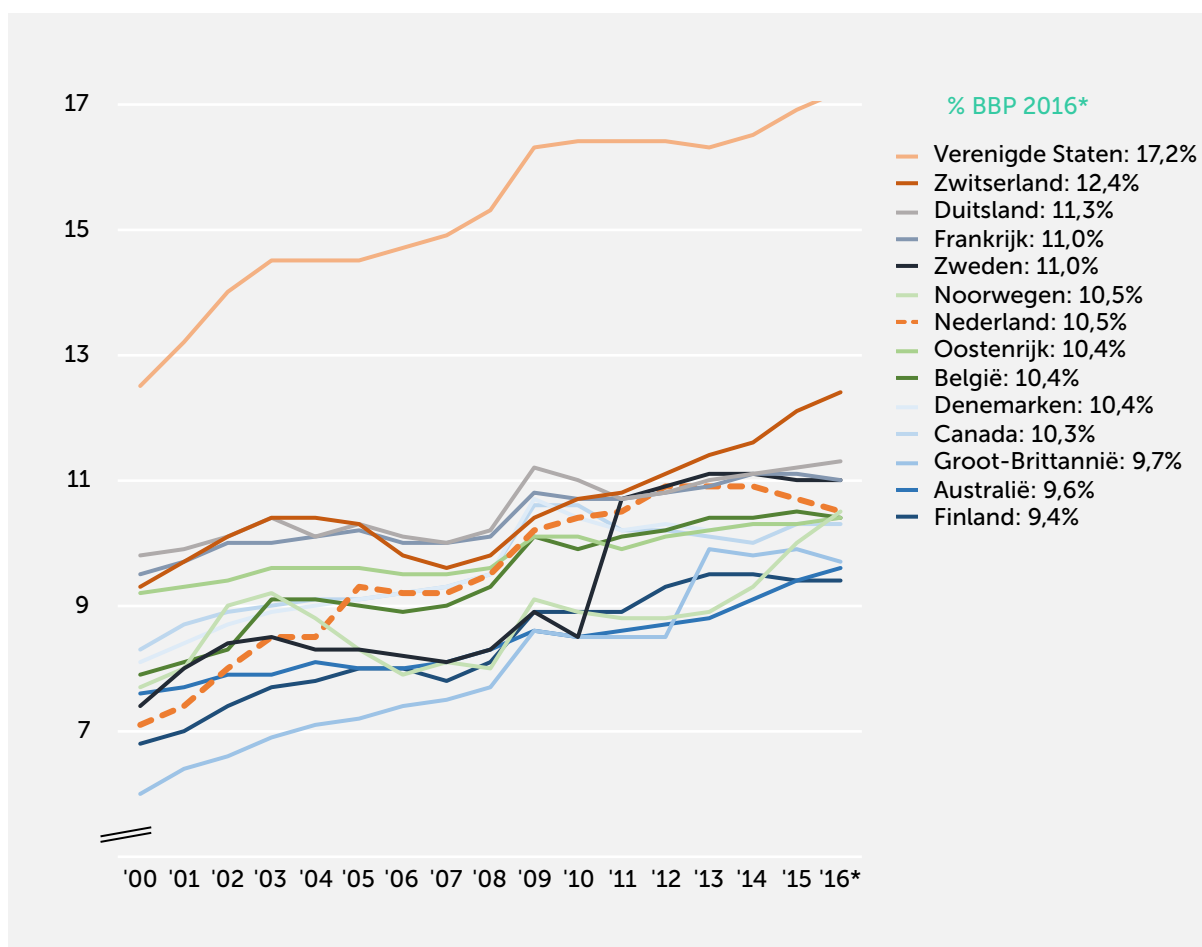
Bron: OECD¹¹

¹¹ Op basis van cijfers 2015, met uitzondering van Duitsland en Nederland (2014 en 2015), de Verenigde Staten (2015 en 2016), Australië (2016) en Canada (voorlopige cijfers 2016).

Uitgaven gezondheidszorg en ziekenhuiszorg

Nederland is één van de weinige landen waar gedurende de afgelopen jaren de zorgkosten minder toenamen dan het BBP. Om de uitgaven aan gezondheidszorg in Nederland te kunnen vergelijken met andere landen wordt de internationale definitie van de OECD gebruikt¹², waardoor deze cijfers afwijken van de cijfers van het CBS.

Figuur 2.16: Uitgaven gezondheidszorg sinds 2000 (% BBP)

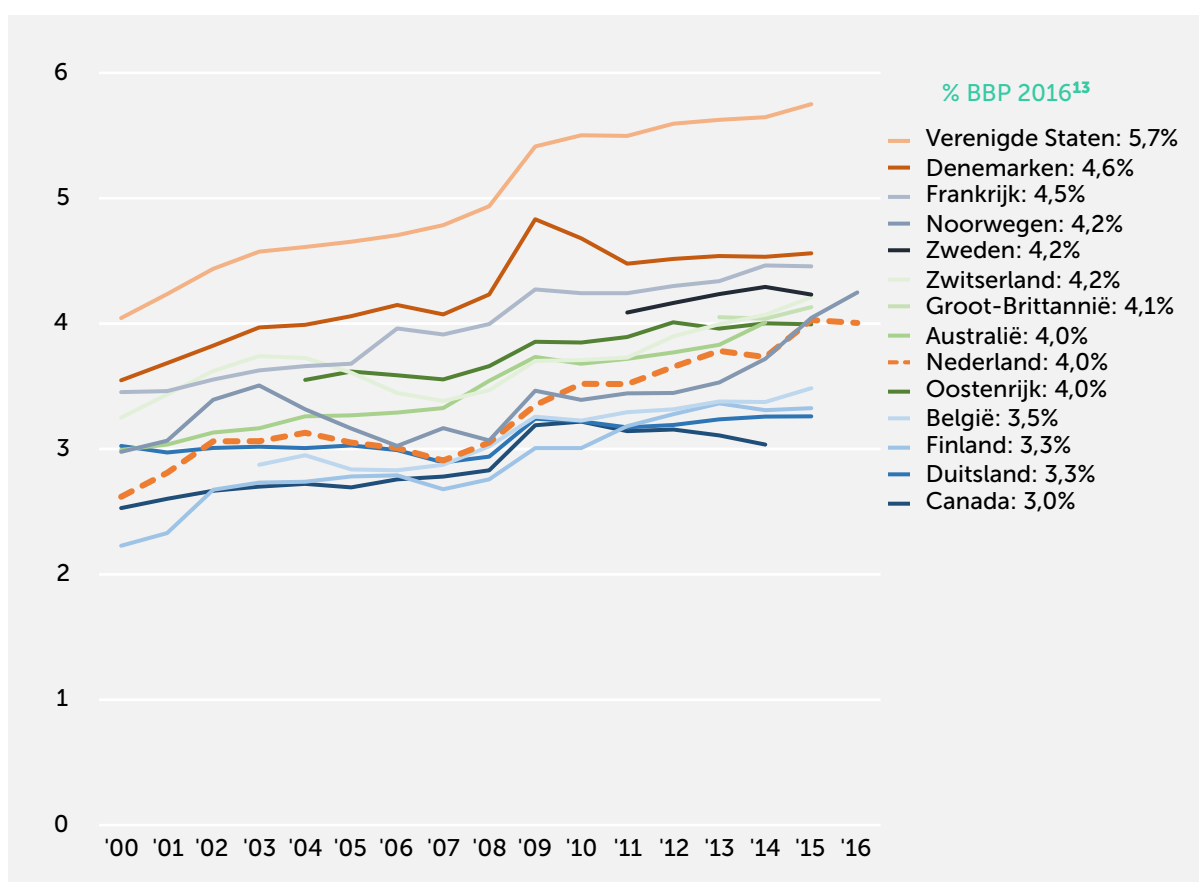


Bron: OECD, * voorlopige cijfers 2016

¹² Om de uitgaven aan gezondheidszorg in Nederland te kunnen vergelijken met andere landen wordt de internationale OECD-definitie van uitgaven aan gezondheidszorg gebruikt. Daarin zijn onder meer de uitgaven op grond van de Wmo, delen van de AWBZ en welzijn en maatschappelijke diensten niet inbegrepen.

De uitgaven aan de medisch-specialistische zorg in Nederland liggen in lijn met de uitgaven in andere Europese landen. Om de uitgaven aan medisch-specialistische zorg in Nederland te kunnen vergelijken met andere landen wordt de internationale definitie van de OECD gebruikt. Daardoor kunnen deze cijfers afwijken van de cijfers van het CBS. De stijging van de uitgaven in Nederland van 2014 naar 2015 wordt vermoedelijk verklaard door de invoering van integrale tarieven, waardoor de honoraria van medisch specialisten vanaf 2015 zijn meegeteld als onderdeel van de uitgaven.

Figuur 2.17: Uitgaven medisch-specialistische zorg sinds 2000 (% BBP)



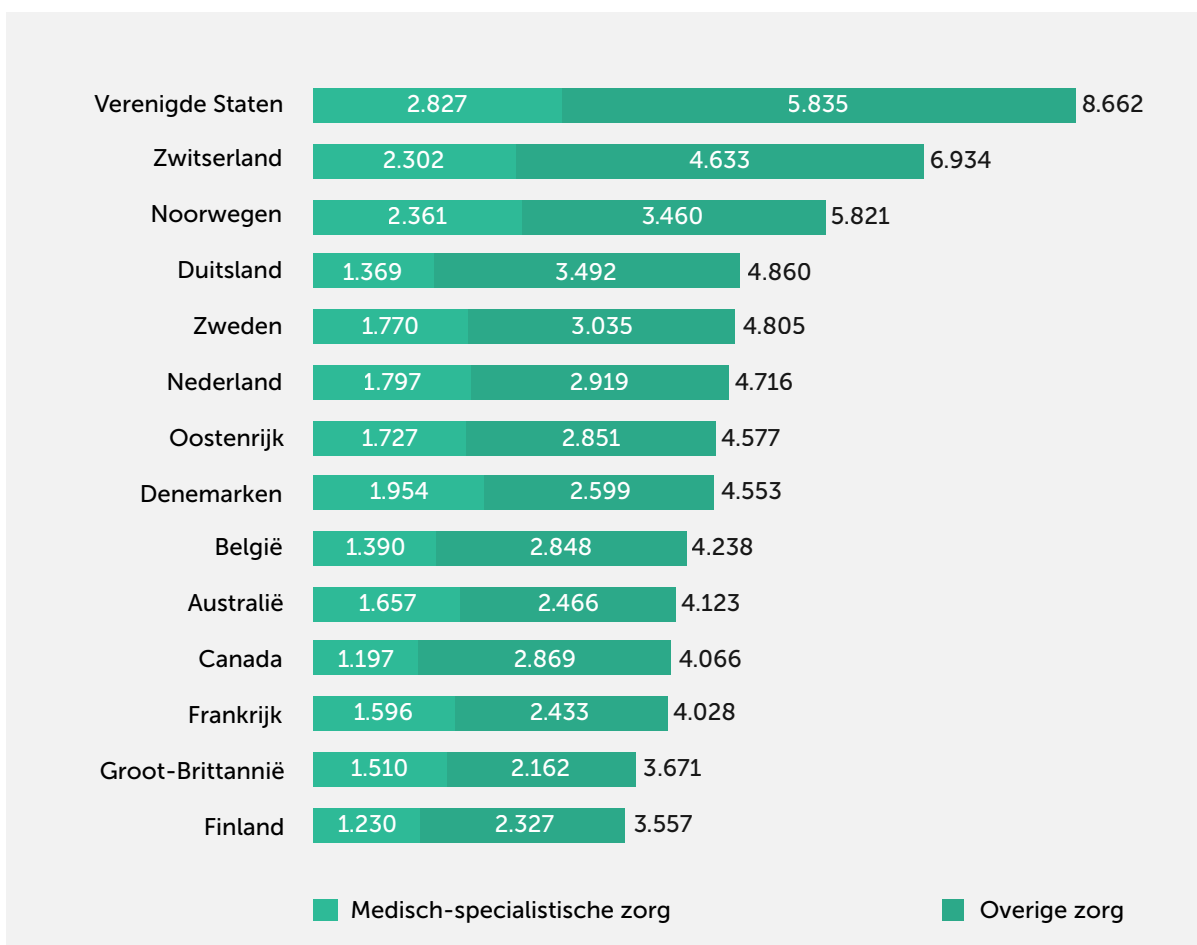
Bron: OECD, * voorlopige cijfers 2016¹³

¹³ Op basis van cijfers over 2015, met uitzondering van Australië en Canada (2014) en Noorwegen en Nederland (voorlopige cijfers 2016). In de getoonde OECD cijfers zijn GGZ instellingen meegeteld, in voorgaande figuren is dit niet het geval.

De uitgaven aan gezondheidszorg bedroegen in Nederland in 2016 €4.716 per inwoner. Dat is lager dan onder meer de uitgaven in Duitsland en Zweden en hoger dan de uitgaven in Oostenrijk, Denemarken en België.

De uitgaven aan medisch-specialistische zorg bedroegen €1.797 per inwoner in 2016. Dat is lager dan de uitgaven in Denemarken en Noorwegen en hoger dan de uitgaven in België en Duitsland.

Figuur 2.18: Uitgaven gezondheidszorg (€ per inwoner)



Bron: OECD¹⁴

¹⁴ Uitgaven totale zorg op basis van voorlopige cijfers 2016; uitgaven medisch-specialistische zorg op basis van cijfers 2015, met uitzondering van Australië en Canada (2014) en Noorwegen en Nederland (voorlopige cijfers 2016). Om de uitgaven aan gezondheidszorg in Nederland te kunnen vergelijken met andere landen wordt de internationale definitie van de OECD gebruikt. Daardoor kunnen deze cijfers afwijken van de cijfers van het CBS.

2.6 Fusies, overnames en coöperatievormingen

In 2015, 2016 en 2017 hebben zeventien fusies, overnames en coöperatievormingen plaatsgevonden waar ziekenhuizen bij betrokken waren.

Figuur 2.19: Fusies, overnames en coöperatievormingen sinds 2015

Gefuseerde ziekenhuizen	Ziekenhuisorganisatie	Soort fusie	Datum fusie
Relaja Ziekenhuis en Scheper-Bethesda Ziekenhuis (Leveste)	Treant Ziekenhuiszorg	Juridische fusie	2015
Gemini Ziekenhuis en Medisch Centrum Alkmaar	Noordwest Ziekenhuisgroep	Juridische fusie	2015
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis en Sint Lucas Andreas Ziekenhuis	Onze Lieve Vrouwe Gasthuis	Juridische fusie	2015
Diaconessenhuis Leiden en Rijnland Ziekenhuis	Alrijne Ziekenhuis	Juridische fusie	2015
Medisch Centrum Haaglanden en Stichting Bronovo-Nebo	MCH (Medisch Centrum Haaglanden)	Juridische fusie	2015
Sint Franciscus Gasthuis en Vlieland Ziekenhuis	Stichting Sint Franciscus Vlieland Groep	Juridische fusie	2015
Franciscus Ziekenhuis en Lievevrouwe Ziekenhuis	Stichting Bravis Ziekenhuis	Juridische fusie	2015
Altrium MC Parkstad en Orbis Medisch en Zorgcentrum	Zuyderland Medisch Centrum	Juridische fusie	2015
Kenemer Gasthuis en Spaarne Ziekenhuis	Spaarne Gasthuis	Juridische fusie	2015
TweeSteden ziekenhuis en Elisabeth ziekenhuis	Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis ETZ	Juridische fusie	2015
Zuwe Hofpoort Ziekenhuis met St. Antonius Ziekenhuis	Stichting St. Antonius Ziekenhuis	Juridische fusie	2016
Isala Klinieken en Isala Diaconessenhuis	Isala	Juridische fusie	2017
Waterlandziekenhuis en Westfriesgasthuis		Juridische fusie	2017
VieCuri en Laurentius Ziekenhuis		Coöperatie	2016
De Sionsberg door ZuidOostZorg, DC Klinieken en Cardiologie Centra Nederland	Sionsberg (polikliniek)	Overname	2015
Langeland ziekenhuis door Reinier Haga Groep	Reinier Haga Groep	Overname	2015
Ommelander Ziekenhuis door het Universitair Medisch Centrum Groningen	Ommelander Ziekenhuis Groningen b.v.	Overname	2015
Fusie in voorbereiding	Ziekenhuisorganisatie	Soort fusie	Datum fusie
Koningin Beatrix Streekziekenhuis en Slingeland ziekenhuis		Bestuurlijke fusie	
Academisch Medisch Centrum en VU medisch centrum		Bestuurlijke fusie	
St. Anna Zorggroep en Catharina Ziekenhuis			
Admiraal de Ruyter Ziekenhuis door Erasmus MC	ADRZ BV ¹⁵	Overname	
Havenziekenhuis en Instituut voor Tropische Ziekten door Sint Franciscus Vlieland, Erasmus MC, Maasstad Ziekenhuis en Usselland Ziekenhuis		Overname	

Bron: Volksgezondheidszorg.info (RIVM), ACM¹⁵

¹⁵ Zelfstandig ziekenhuis binnen de holding van het Erasmus MC.



3. Werken in ziekenhuizen

- ▶ Het aantrekken en vasthouden van personeel was in 2016 een knelpunt voor ziekenhuizen. Het aantal vacatures is meer dan verdubbeld in de afgelopen drie jaar. Moeilijk te vervullen vacatures en verwachte personeelstekorten zijn er vooral bij verpleegkundig en assisterend personeel.
- ▶ Het aantal vacatures in de ziekenhuizen is begin 2017 toegenomen tot 2,7%, een teken dat vraag en aanbod op de markt nog minder goed op elkaar aansluiten.
- ▶ Ziekenhuizen investeerden in 2015 ruim 3,6% van de bruto loonsom in opleiding en ontwikkeling van medewerkers.
- ▶ Toegenomen werkdruk, ziekteverzuim en agressie op het werk waren andere belangrijke thema's op personeelsgebied in 2016.
- ▶ Ziekenhuizen hebben de afgelopen jaren veel aandacht besteed om deze thema's bespreekbaar te maken en te verminderen.
- ▶ Het ziekteverzuim van personeel is ten opzichte van voorgaande jaren toegenomen van 4,35% in 2015 naar 4,55% in 2016.
- ▶ De sector zorg en welzijn is wat betreft het aantal banen één van de grootste sectoren in Nederland: 15,6% van het totale aantal banen in 2016 betrof de zorg.
- ▶ Het aantal banen (voltijdsequivalenten) in de medisch-specialistische zorg is in 2016 met 1,0% toegenomen, dit is iets minder dan de werkgelegenheidsgroei in heel Nederland.
- ▶ De verhouding tussen patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden personeel was tussen 2012 en 2016 stabiel. Er waren in 2016 minder leerling-verpleegkundigen en leerling-verzorgenden dan in 2012.
- ▶ Ziekenhuizen en opleidingen hebben ingezet op functiedifferentiatie bij verpleegkundig personeel.
- ▶ Het totaal aantal medisch specialisten in Nederland is toegenomen tot 20.000 in 2015.
- ▶ Specialisten in loondienst zijn vaker vrouw en jonger dan 50 jaar.

- ▶ Het aandeel vrouwelijke medisch specialisten neemt ieder jaar toe en bedroeg 41,3% in 2015.
- ▶ Het aandeel medisch specialisten dat in loondienst werkt is in één jaar sterk toegenomen van 43% in 2014 naar 49% in 2015.
- ▶ Algemene ziekenhuizen behaalden goede scores op betrokkenheid, bevlogenheid, rolduidelijkheid en verloopbestendigheid van personeel.
- ▶ Klantgerichtheid, vitaliteit, efficiëntie en leiderschap kunnen nog worden versterkt.
- ▶ De Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuiszorg is verlengd tot en met 2018 en geeft een impuls aan met name het thema 'kwaliteit & veiligheid'.



3.1 Inleiding

Het aantrekken en vasthouden van personeel werd door ziekenhuizen in 2016 als grootste knelpunt gezien op het gebied van personeelsbeleid¹. Het aantal openstaande vacatures in ziekenhuizen is meer dan verdubbeld in de afgelopen drie jaar (bron: CBS). Bij vier op de vijf ziekenhuizen zijn er moeilijk te vervullen vacatures. Moeilijk te vervullen vacatures en verwachte personeelstekorten zijn er vooral bij verpleegkundige, medisch-assisterende en ondersteunende beroepen¹.

In het bijzonder wordt de komende jaren een tekort verwacht aan hbo-verpleegkundigen en doktersassistenten². Daarnaast dreigt specifiek een tekort te ontstaan aan specialistisch verpleegkundigen doordat de afgelopen jaren minder verpleegkundigen een opleiding voor specialisatie hebben gevolgd. Er is een grotere opleidingscapaciteit nodig om de tekorten in de komende jaren aan te vullen. Ook bij operatieassistenten en anesthesiemedewerkers is sprake van een tekort. De tekorten verschillen per regio³. Moeilijk te vervullen vacatures zijn er tevens bij de medisch-wetenschappelijke beroepen¹.

Scholing van werknemers in patiëntgebonden functies was in 2016 met name gericht op het verhogen van mbo- naar hbo-niveau en daarnaast ook op het verhogen van mbo-3 naar mbo-4 en van hbo naar hbo+/wo¹.

In 2015 is ruim 3,6% van de bruto loonsom geïnvesteerd in personeel:

- ▶ In 2015 is voor in totaal €135,4 miljoen subsidie toegekend aan ziekenhuizen. De subsidie Kwaliteitsimpuls bedroeg in 2015 gemiddeld 1,80% van de bruto loonsom van ziekenhuizen (zie ook paragraaf 3.7).
- ▶ Daarnaast hebben ziekenhuizen, categorale instellingen en revalidatiecentra zelf aanvullend gemiddeld 1,83% van de bruto loonsom besteed aan opleiding en ontwikkeling van personeel.

¹ AZW Werkgeversenquête 2016.

² AZW Branche-rapportage Februari 2017.

³ NIVEL, AZW Branche-rapportage Februari 2017.

In absolute zin is in 2015 het meeste geld besteed aan het strategische thema 'kwaliteit & veiligheid'. Op plaats twee stond het thema 'deskundigheid medewerkers' en op plaats drie 'management development & leiderschap'.

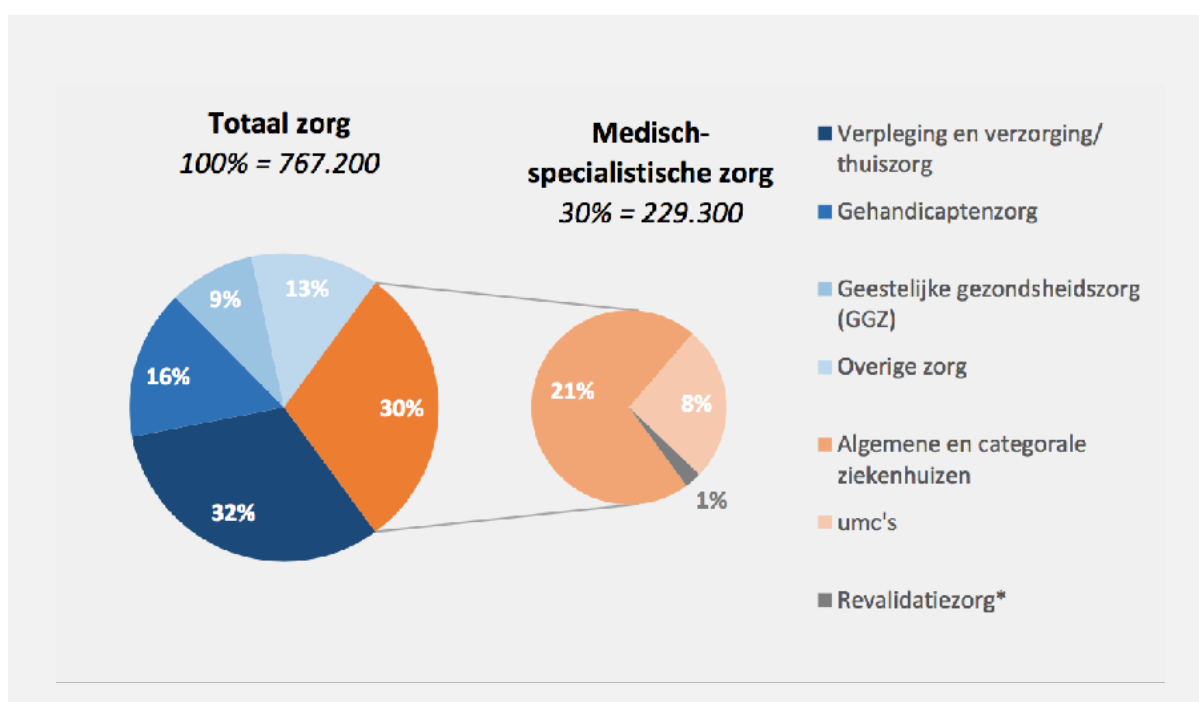
3.2 Werkgelegenheid in ziekenhuizen

De sector zorg en welzijn is wat betreft het aantal banen één van de grootste sectoren in Nederland: 15,6% van het totale aantal banen in 2016 betrof de zorg (bron: CBS).

Er waren in 2016 in totaal 767.200 voltijds equivalenten actief in de zorg, waarvan 229.300 (30%) in de medisch-specialistische zorg. Hiervan werkten 163.600 voltijdsequivalenten (21% van het totaal) in algemene en categorale ziekenhuizen, 59.300 (8% van het totaal) in de umc's en 6.400 (1% van het totaal) in de revalidatiezorg.

Na een daling in 2014 en 2015 was er in 2016 sprake van een toename van 5.300 voltijdsequivalenten (+0,7%) in de zorgsector, waarvan 2.400 (+1,0%) in de medisch-specialistische zorg. De gehele werkzame beroepsbevolking in Nederland is in 2016 met 1,3% sterker toegenomen (bron: CBS).

Figuur 3.1: Voltijdsequivalenten in de zorg, per branche in 2016 (%)



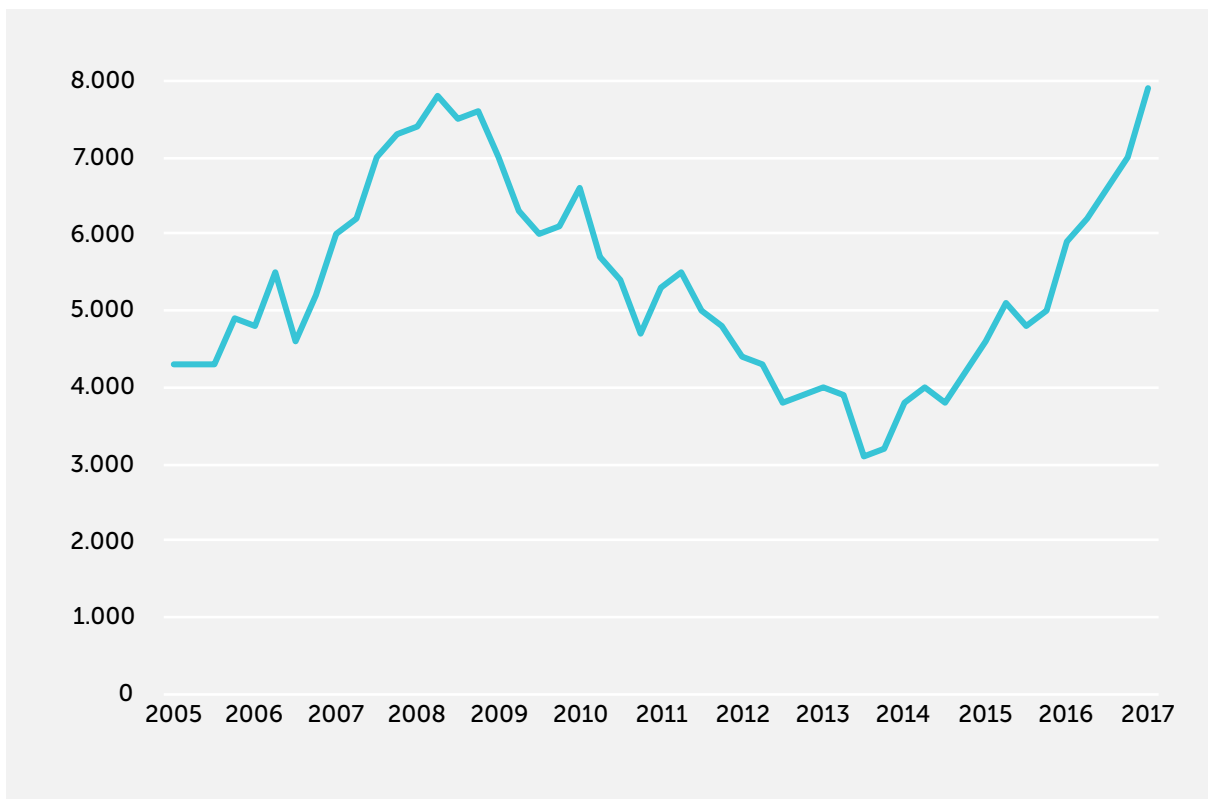
Bron: AZW, CBS, PGGM, jaarverslagen, Revalidatie Nederland (RN), * RN op basis van cijfers 2015

Vacatures

Het aantal openstaande vacatures is sinds het derde kwartaal van 2013 toegenomen. In het eerste kwartaal van 2017 was het aantal vacatures 7.900, dit ligt rond het niveau van de piek in 2008. Het huidige aantal komt overeen met 2,7%⁴ van het aantal voltijdsequivalenten per eind 2016.

Voor een goed functionerende arbeidsmarkt zijn volgens arbeidsmarktdeskundigen ongeveer 2% openstaande vacatures noodzakelijk. Vacatures zijn nodig om vraag en aanbod van personeel goed op elkaar aan te laten sluiten en tot een goede allocatie te komen. Het vergt immers tijd om een vacature met de juiste persoon te kunnen vervullen. Het huidige percentage ligt hier ruim boven en is de afgelopen jaren sterk toegenomen.

Figuur 3.2: Openstaande vacatures in ziekenhuizen



Bron: CBS⁵

⁴ Op basis van aantal voltijdsequivalenten voor medisch-specialistische zorg en GGZ.

⁵ Voor algemene ziekenhuizen, categorale ziekenhuizen, umc's en geestelijke gezondheids- en verslavingszorg met overnachting.

3.3 Zorg voor personeel

Werkdruk

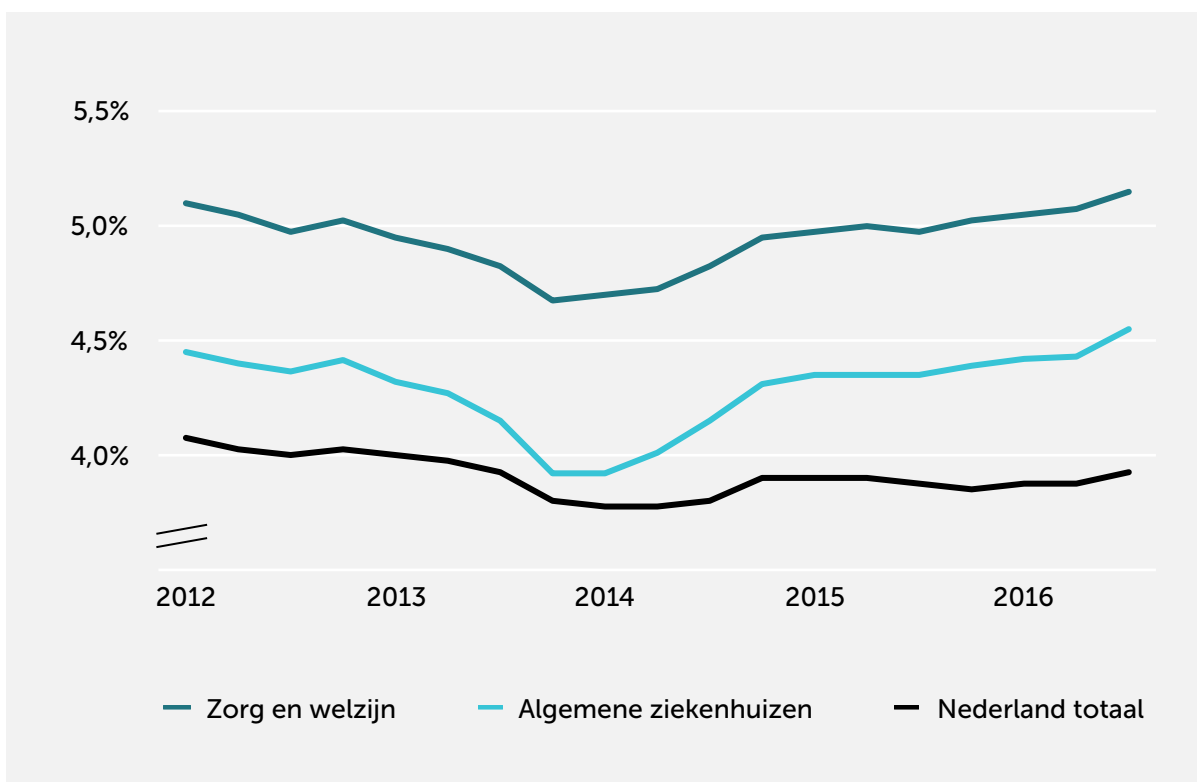
Naast het aantrekken en vasthouden van personeel werden door ziekenhuizen ook werkdruk en ziekteverzuim als knelpunten aangegeven. Werkdruk is een van de oorzaken die leiden tot een hoger ziekteverzuim. Bijna drie kwart van de geïnterviewde ziekenhuizen geeft aan dat de werkdruk is toegenomen. Bij de andere ziekenhuizen is de werkdruk gelijk gebleven. De belangrijkste oorzaken van de toegenomen werkdruk die worden genoemd zijn een tekort aan personeel, een toename van de complexiteit van het werk en een toename van het aantal taken. Er zijn meerdere maatregelen genomen om de werkdruk te verminderen; onder andere door de werkdruk bespreekbaar te maken, door het aantrekken van extra personeel en door het efficiënter vormgeven van werkprocessen. Daarnaast is ingezet op het bevorderen van de balans werk-privé en de mogelijkheden om (mantel)zorgtaken te kunnen verrichten, onder andere door het bieden van informatie over verlofregelingen, aanpassing van werktijden, meer thuiswerken en door uren te laten sparen en besteden wanneer het nodig is.

Ziekteverzuim

Het ziekteverzuim bij algemene ziekenhuizen is gestegen van 4,15% in 2014 naar 4,35% in 2015 en 4,55% in 2016. Het percentage van 2016 ligt boven het niveau van 2012. De stijging van het verzuim wordt grotendeels veroorzaakt door een stijging van het langdurig verzuim: het verzuim van meer dan 92 dagen steeg van 2,44% in 2015 naar 2,59% in 2016. Het ziekteverzuim onder medewerkers van de algemene ziekenhuizen ligt tussen het landelijk gemiddelde verzuimpercentage en dat van de gehele sector zorg en welzijn.



Figuur 3.3: Ziekteverzuim algemene ziekenhuizen



Bron: Vernet, CBS⁶

Agressie en geweld

Bij 40 van de 45 geïnterviewde ziekenhuizen hebben medewerkers te maken gehad met agressie en geweld. Hiervan wordt door bijna een derde van de werkgevers aangegeven dat het aantal incidenten is toegenomen en bijna drie op de tien werkgevers heeft aangegeven dat ook de ernst van de incidenten is toegenomen. Verschillende acties zijn ondernomen naar aanleiding van de gebeurtenissen, waaronder het bespreekbaar maken, het maken van afspraken over omgang met agressie en het doen van aangifte⁷.

⁶ Voortschrijdend gemiddelde over de vier voorafgaande kwartalen.

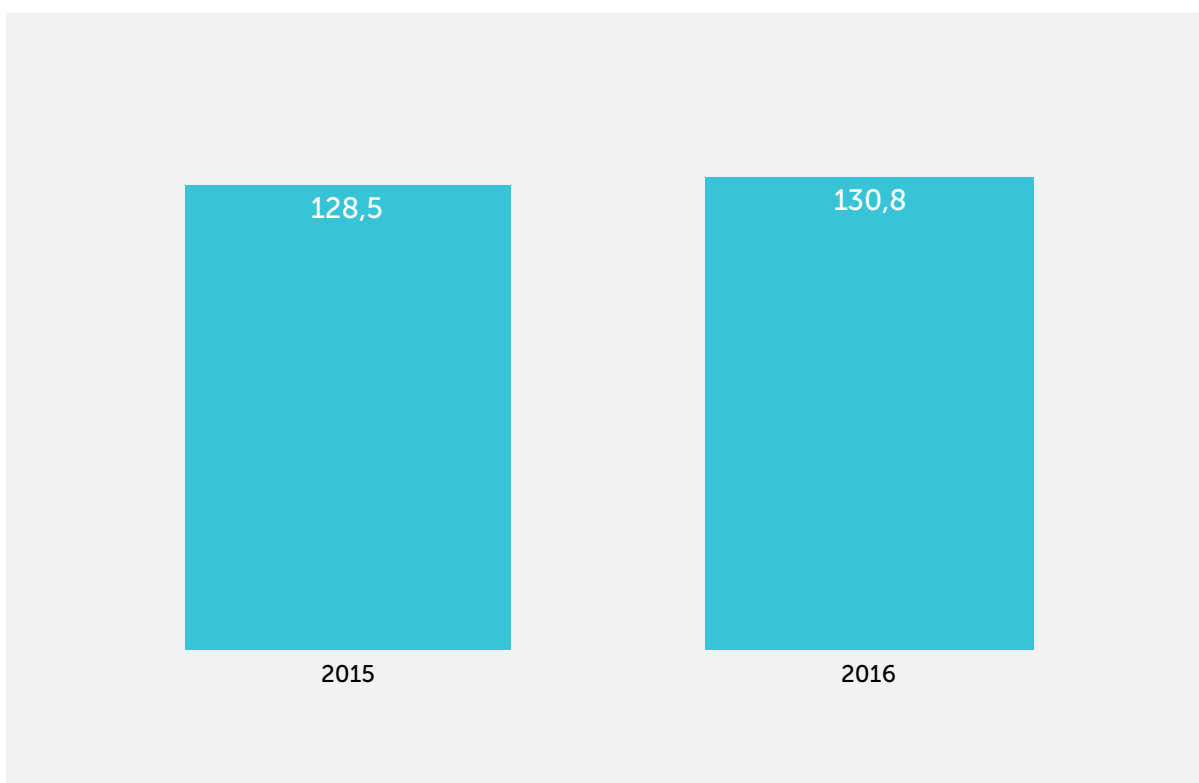
⁷ AZW Werkgeversenquête 2016.

3.4 Personeel in algemene ziekenhuizen

Het aantal voltijdsequivalenten bij algemene ziekenhuizen is toegenomen met 1,8% in 2016. Deze toename is hoger dan de stijging van gemiddeld 0,2% per jaar in de periode 2010 - 2015⁸.

De deeltijdfactor is in de periode 2012 - 2016 licht gestegen, van 70,7% in 2012 naar 73,3% in 2016⁹. Dit betekent dat de gemiddelde werktijd is toegenomen.

Figuur 3.4: Ontwikkeling personeel algemene ziekenhuizen 2015 - 2016 (fte; x 1.000)



Bron: DigiMV, BDO, DHD analyse¹⁰

⁸ Bron: brancherapport 2016.

⁹ Bron: EJZ, op basis van 76 ziekenhuizen in 2012 en 51 ziekenhuizen in 2016.

¹⁰ Analyse op basis van de 67 algemene ziekenhuizen in 2015 en 60 van de 67 algemene ziekenhuizen in 2016, aangevuld met een schatting voor de ontbrekende ziekenhuizen. Het aantal voltijdsequivalenten in deze figuur verschilt van het aantal in paragraaf 3.2: hiervoor zijn verschillende bronnen gebruikt waarin verschillende methoden zijn gehanteerd.

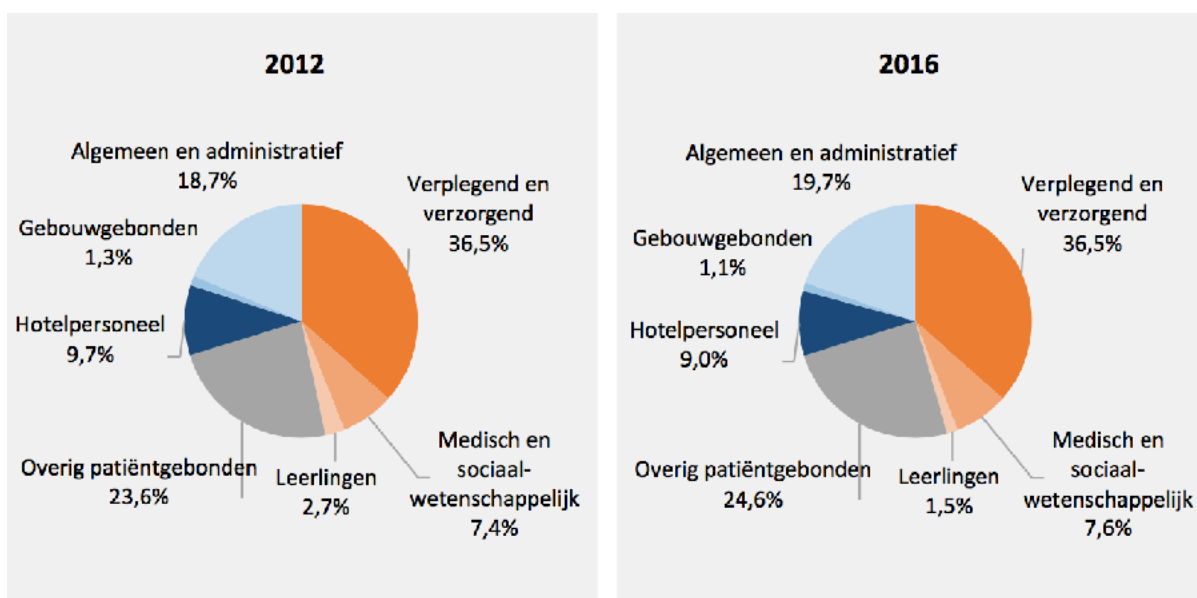
Personeel naar functie en functiegroep

De grootste personeelscategorie in de algemene ziekenhuizen werd in 2012 en 2016 gevormd door het verpleegkundig en verzorgend personeel (36,5% in 2016). Onder overig patiëntgebonden personeel (24,6%) valt onder meer het paramedisch personeel, diëtiëk en het personeel dat werkzaam is in de laboratoria en op de röntgenafdelingen.

De verhouding tussen patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden personeel was tussen 2012 en 2016 stabiel. Het personeel in medische en sociaal-wetenschappelijke functies is licht toegenomen van 7,4% naar 7,6%. Bij deze personeelsgroep zijn wel de medisch specialisten in loondienst meegeteld, maar niet de vrijgevestigde medisch specialisten.

Er was minder leerling-verpleegkundig en leerling-verzorgend personeel in 2016 (1,5%) dan in 2012 (2,7%). Dit komt niet door vervanging door stagiairs: het aantal stagiairs (niet getoond in de figuur) is stabiel gebleven: 2,2% van het totaal aantal voltijdsequivalenten in 2012 en 2,3% in 2016. Het aandeel administratief personeel is gegroeid en het aandeel hotelpersoneel is gekrompen.

Figuur 3.5: Verdeling personeel algemene ziekenhuizen in 2012 en in 2016 (% fte)



Bron: EJZ¹¹, exclusief stagiairs en personeel niet in loondienst

¹¹ Op basis van 76 algemene ziekenhuizen in 2012 en 51 algemene ziekenhuizen in 2016.

Functiedifferentiatie

Een nieuwe ontwikkeling voor verpleegkundigen betreft functiedifferentiatie. Verpleegkundigen worden opgeleid op mbo- en hbo-niveau. Voor de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) is voor beide op dit moment echter slechts één profiel van toepassing. Ook binnen zorgorganisaties wordt vaak nog geen onderscheid gemaakt.

Op korte termijn zal er een verdeling komen in twee beroepsgroepen met ieder hun eigen beroepstitel, deskundigheidsgebied, bevoegdheden, bekwaamheden en opleidingsniveau. Opleiding en werkervaring zullen naar verwachting vanaf 2018/2019 bepalen hoe een verpleegkundige in het BIG-register wordt geregistreerd.

Vanuit de NVZ heeft een aantal proeftuin-ziekenhuizen geëxperimenteerd met functiedifferentiatie. Hieruit zijn generieke functieprofielen voortgekomen voor beide functies (kern, deskundigheidsgebied, verantwoordelijkheden, taken, competenties). Deze profielen zijn gevalideerd door een tiental ziekenhuizen, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU).

De zeventien hogescholen (LOOV) hebben samen de Bachelor of Nursing 2020 ontwikkeld. Vanaf 1 september 2016 leiden alle hogescholen verpleegkundigen conform het opgestelde hbo-profiel verpleegkundigen op. Ook het mbo-onderwijs heeft een nieuw kwalificatiedossier voor verpleegkundigen ontwikkeld. De afstemming tussen opleiding en praktijk (bekwaam in de context) alsmede de afstemming tussen opleidingen onderling (doorlopende leerlijnen) vallen onder de thema's zoals hierboven beschreven.

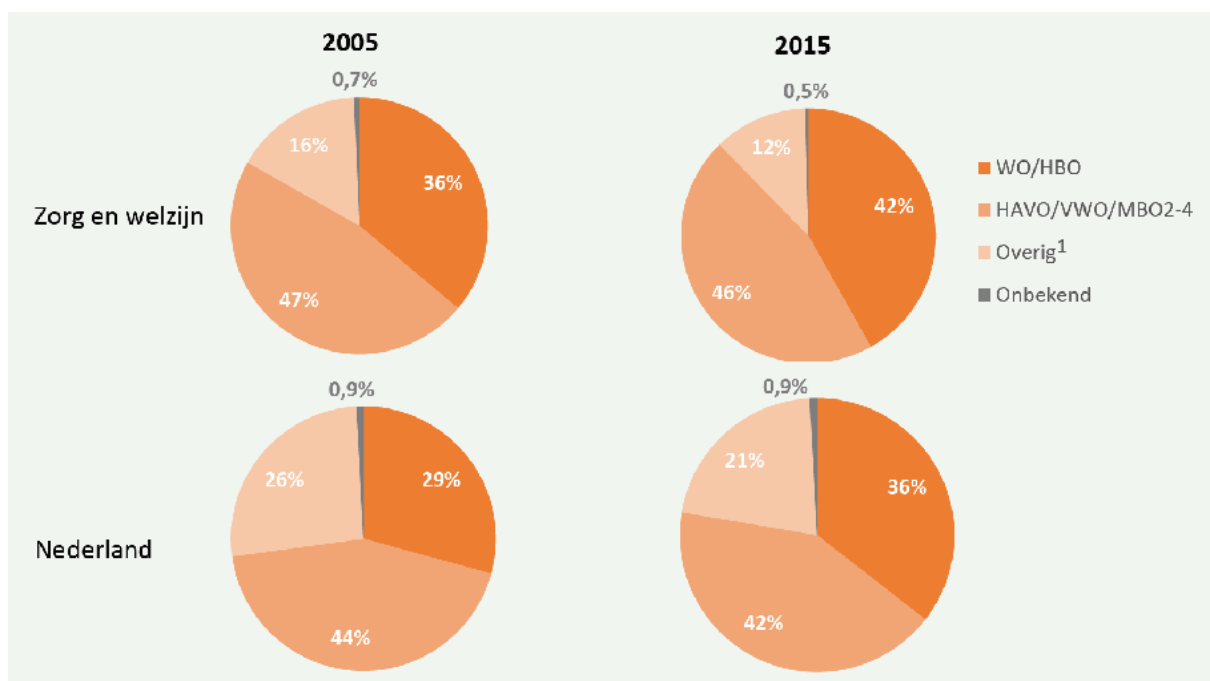
In aanvulling op de functieprofielen is, aan de hand van de ervaringen van de proeftuinen, een leidraad voor ziekenhuizen gemaakt. Daarnaast zijn verschillende proeftuin-ziekenhuizen actief bezig met kennisverspreiding, bijvoorbeeld door het delen van best practices met collega-ziekenhuizen tijdens werkconferenties en bijeenkomsten, het verzorgen van workshops en het organiseren van symposia met functiedifferentiatie als thema. Ook via het NVZ-Kennisnet worden kennis en ervaringen gedeeld.

Voor aanvullende informatie over dit onderwerp zie ook www.nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/functiedifferentiatie-mbo-en-hbo-verpleegkundigen.

Opleidingsniveau

Het gemiddelde opleidingsniveau van werknemers in de sector zorg en welzijn was zowel in 2005 als in 2015 hoger dan dat van de gemiddelde Nederlandse werknemer. De opleidingsniveaus van de sector zorg en welzijn én van heel Nederland zijn gestegen ten opzichte van tien jaar eerder.

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



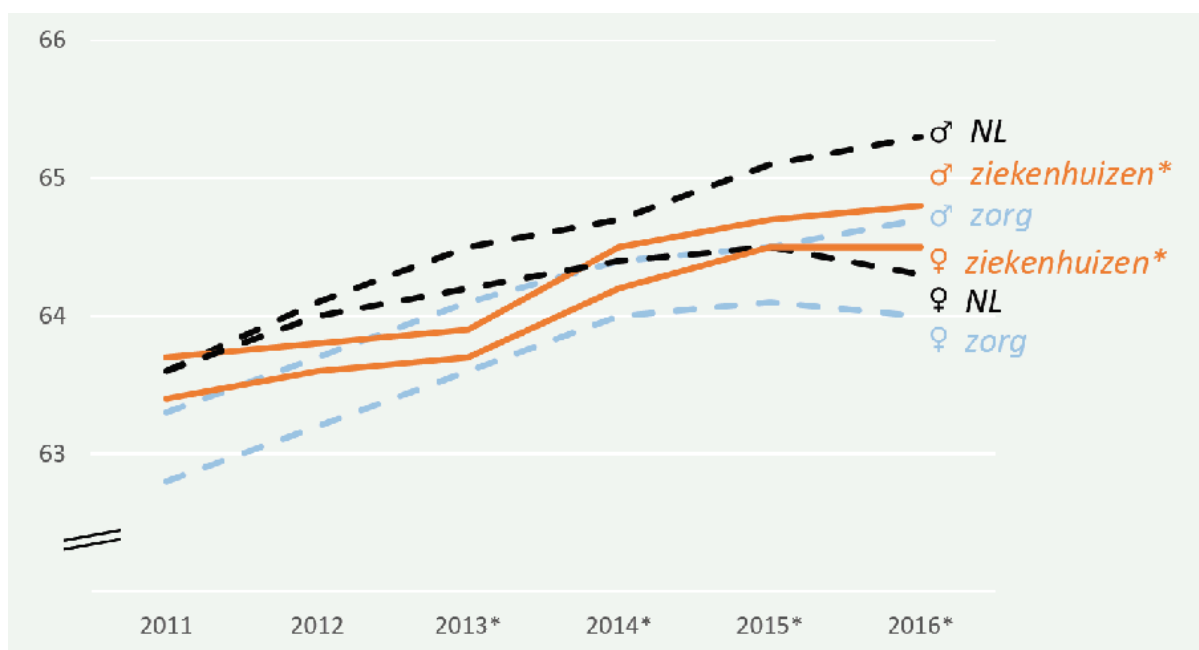
Bron: CBS¹²

¹² Overig omvat als hoogst behaald onderwijs: basisonderwijs, het vmbo, de eerste drie leerjaren van havo/vwo en de assistentenopleiding (mbo-1).

Uittreedleeftijd

De gemiddelde uittreedleeftijd neemt al meerdere jaren toe, zowel in de ziekenhuizen, in de hele zorgsector als in heel Nederland. Onder vrouwen stijgt de uittreedleeftijd minder dan onder mannen.

Figuur 3.7: Uittreedleeftijd werknemers



Bron: CBS, * voorlopige cijfers 2013 - 2016¹³; bron: PGGM/PFZW

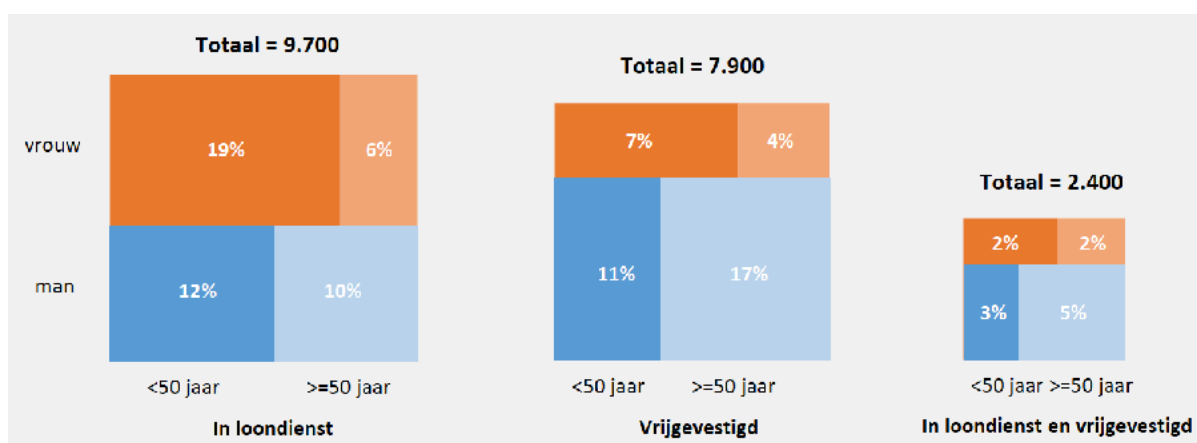
¹³ Voor werknemers, niet voor zelfstandigen.

3.5 Medisch specialisten

Het aantal medisch specialisten – zowel in loondienst, vrijgevestigd als een combinatie hiervan – is in de periode 2010 - 2015 gestegen van 18.100 naar 20.000¹⁴. De gemiddelde deeltijdfactor bedroeg onveranderd 0,91 fte (bron: Capaciteitsorgaan).

Vrouwen jonger dan 50 jaar vormden in 2015 de grootste groep binnen de medisch specialisten in loondienst (19% van alle medisch specialisten, 3.900). Vrijgevestigde medisch specialisten waren in 2015 overwegend man en ouder dan 50 jaar, zij vormden de op een na grootste groep (17%, 3.400).

Figuur 3.8: Aantal medisch specialisten in Nederland naar arbeidspositie in 2015

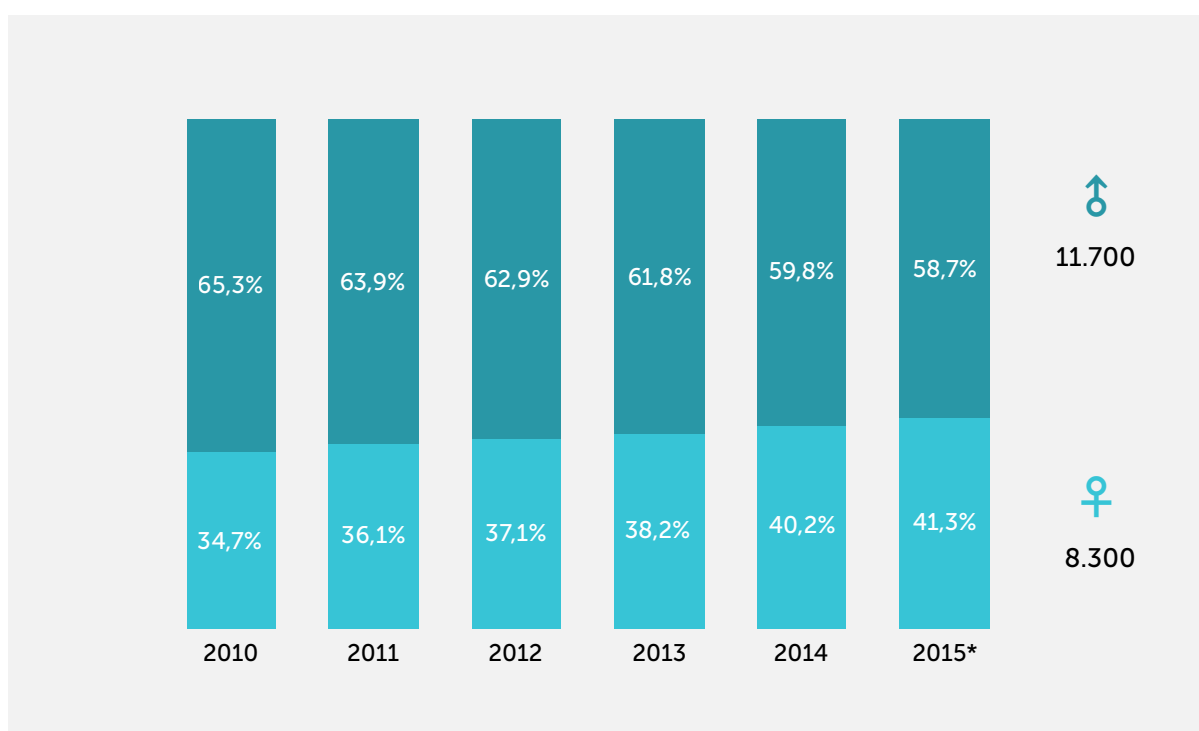


Bron: CBS, voorlopige cijfers

¹⁴ Naast de 20.000 werkzame medisch specialisten waren er in 2016 ca. 900 niet-werkzame medisch specialisten ingeschreven in het BIG-register. Dit betreft medisch specialisten die met pensioen zijn, geen inkomen hebben, een uitkering hebben of arbeidsongeschikt zijn.

Het aandeel vrouwelijke specialisten is gestegen van 34,7% (6.000) in 2010 naar 41,3% (8.300) in 2015. Dit is voornamelijk lager dan het gemiddelde aandeel vrouwen van de werkzame beroepsbevolking in Nederland, dit bedroeg 46,2% in 2015 (bron: CBS). Doordat het aandeel vrouwen in de opleiding is gestegen, zal deze ontwikkeling zich in de komende jaren naar verwachting voortzetten. Dit betekent dat het aandeel vrouwelijke medisch specialisten eerst in de jongere leeftijdsgroepen toeneemt.

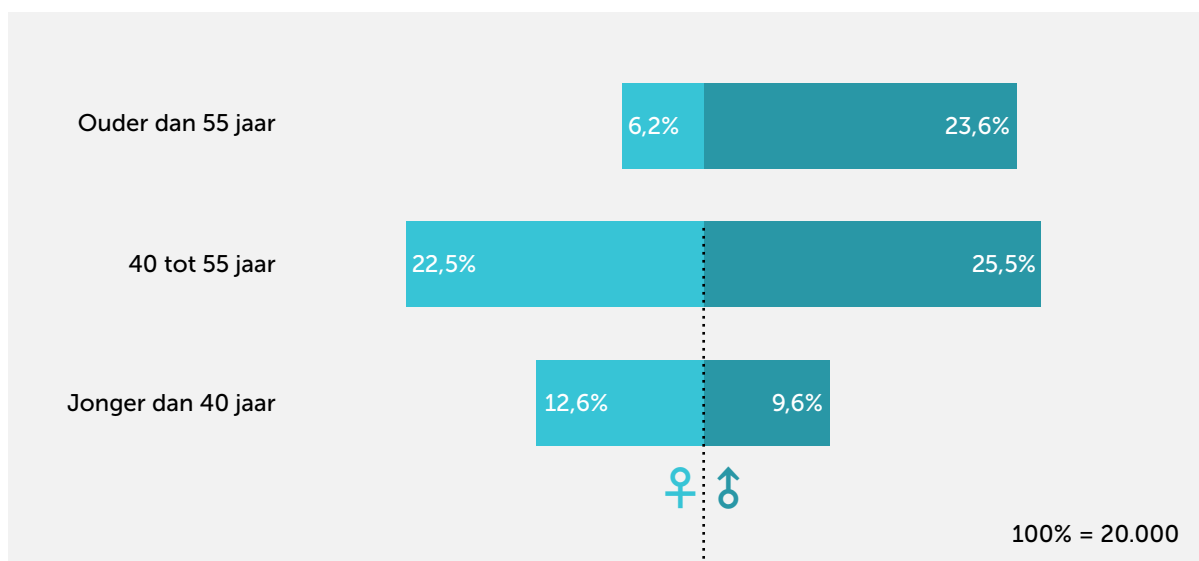
Figuur 3.9: Aandeel vrouwelijke en mannelijke medisch specialisten (%)



Bron: CBS, op basis van werkzame mannen en vrouwen, * voorlopige cijfers 2015

In 2015 waren er overwegend mannelijke medisch specialisten in de leeftijdscategorie ouder dan 55 jaar. In de leeftijdscategorie jonger dan 40 jaar waren er meer vrouwelijke specialisten. Als gevolg van overwegend mannelijke medisch specialisten die met pensioen gaan en overwegend vrouwelijke medisch specialisten die instromen, zal het aandeel vrouwelijke medisch specialisten verder toenemen.

Figuur 3.10: Medisch specialisten naar leeftijd en geslacht in 2015 (%)



Bron: CBS, voorlopige cijfers 2015

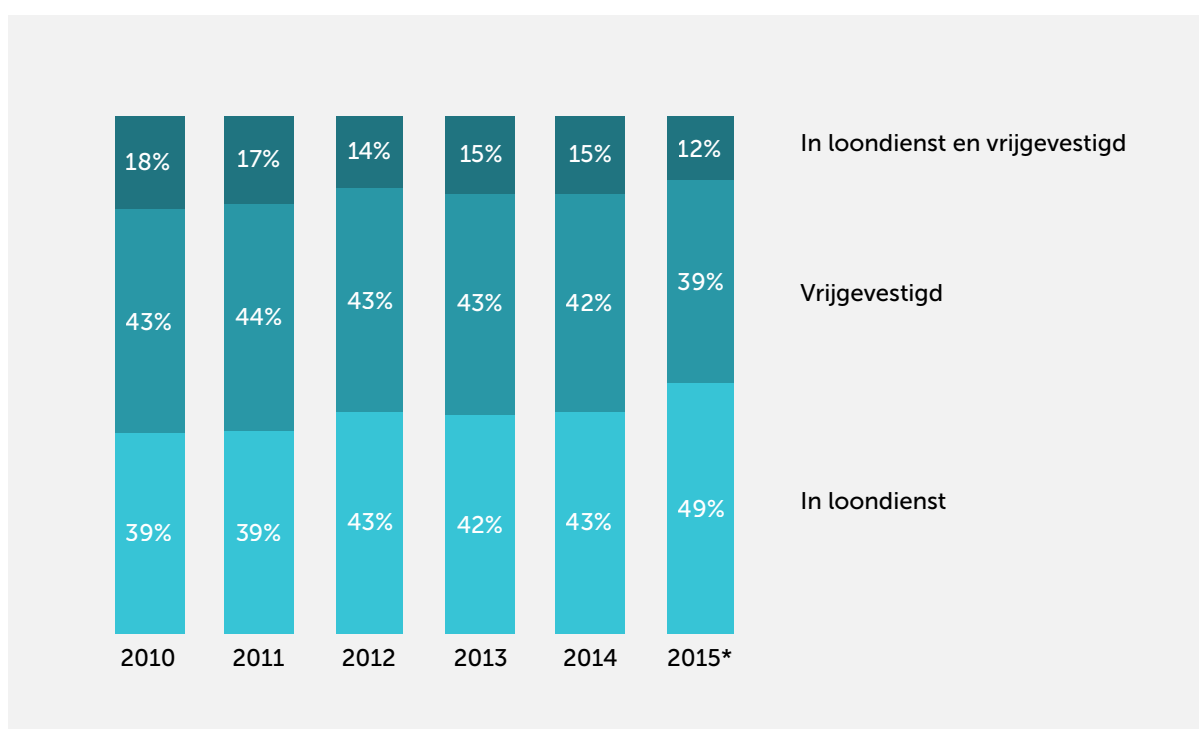
Het aandeel medisch specialisten dat in loondienst werkt, neemt al meerdere jaren toe. Dit aandeel is in één jaar sterk toegenomen van 43% in 2014 naar 49% in 2015. Aan deze stijging liggen verschillende factoren ten grondslag:

- ▶ Besparingen en invoering van de integrale bekostiging, waardoor medisch-specialistische bedrijven specialisten vaker in tijdelijke loondienst nemen. Mede hierdoor werken artsen die net hun specialisatie hebben afgerond vaker en vervolgens ook langer in loondienst.
- ▶ Een toename van het aandeel vrouwelijke medisch specialisten die meer dan gemiddeld in loondienst werken.
- ▶ Een deel van de oudere medisch specialisten – die relatief vaker vrijgevestigd zijn/waren – is met pensioen gegaan.
- ▶ De subsidieregeling van het ministerie van VWS bij een overstap van vrije vestiging naar loondienstverband (ca. 450 artsen hebben hiervan gebruikgemaakt in 2015)¹⁵.

¹⁵ Bron: Ministerie van VWS.

Deze trend zet naar verwachting verder door als gevolg van toetreding van nieuwe specialisten die vaker in loondienst werken en langer in loondienst blijven werken. In 2016 is slechts beperkt gebruikgemaakt van de subsidieregeling voor overstap van vrije vestiging naar een loondienstverband (ca. 20 in 2016)¹⁶.

Figuur 3.11: Aantal medisch specialisten in Nederland naar arbeidspositie (%)



Bron: CBS, * voorlopige cijfers 2015

¹⁶ Bron: Medisch Contact/FMS

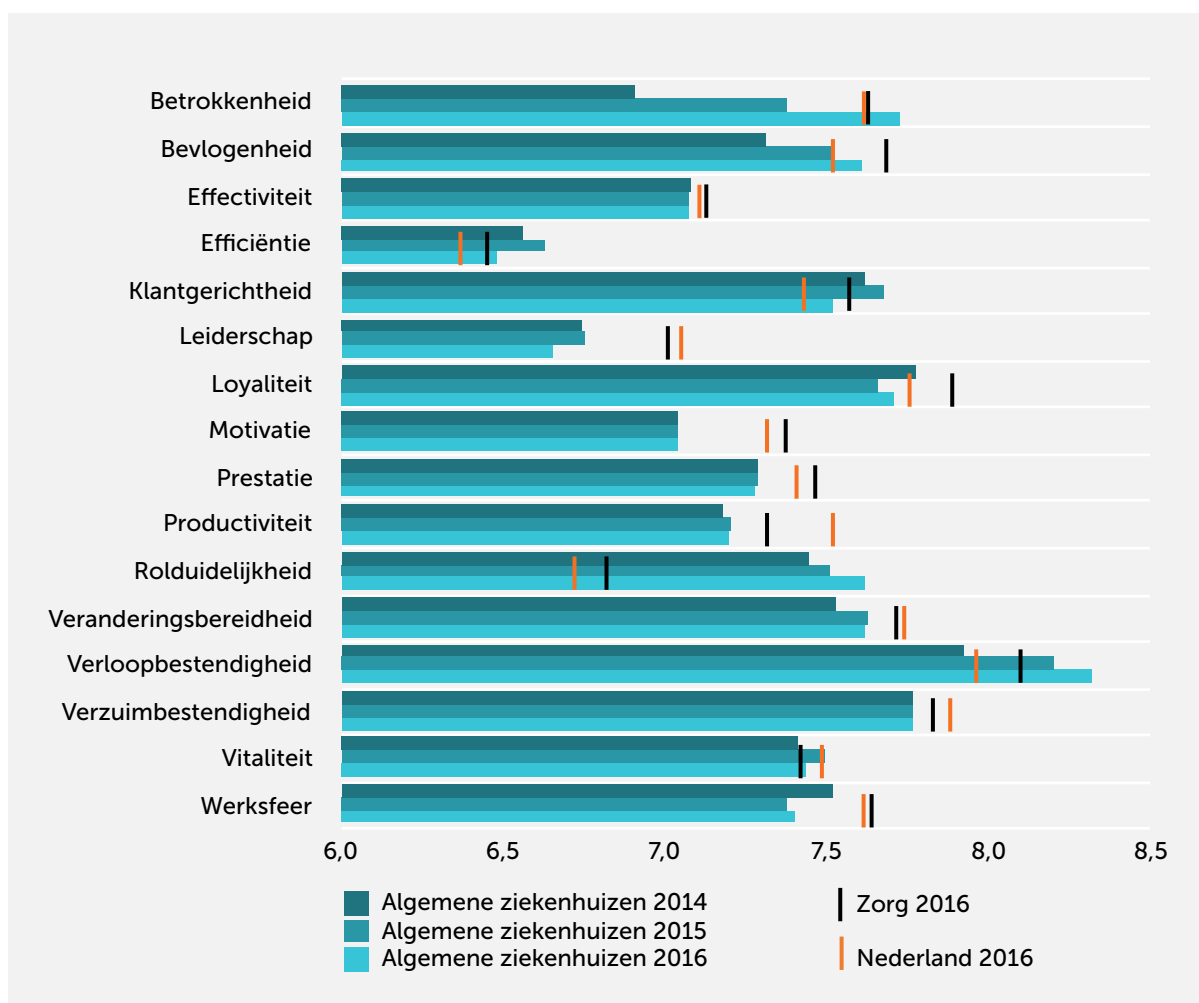
3.6 Werkbeleving

Jaarlijks voert Effectory in opdracht van de Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen (StAZ) onderzoek uit naar de werkbeleving van medewerkers binnen de branche ziekenhuizen. Hierbij worden thema's als betrokkenheid, bevlogenheid, leiderschap, rolduidelijkheid en veranderingsbereidheid uitgelicht. In grote lijnen is een stabiel beeld zichtbaar. De positieve trend op het gebied van betrokkenheid, bevlogenheid, rolduidelijkheid en verloopbestendigheid heeft zich in 2016 doorgezet. De algemene ziekenhuizen scoorden op deze gebieden ook hoog in vergelijking met andere sectoren. Op het gebied van klantgerichtheid, vitaliteit, efficiëntie en leiderschap is sprake van een daling sinds 2015 en is er mogelijke ruimte voor verbetering.

Betrokkenheid is het meest toegenomen: van een 6,9 in 2014 naar een 7,4 in 2015 en een 7,7 in 2016 (score op een schaal van 1 tot 10). De betrokkenheid is ook groter dan het gemiddelde van alle zorgorganisaties en het gemiddelde van heel Nederland (beide 7,6). Ook op het gebied van bevlogenheid heeft de positieve trend doorgezet, met een score van 7,6 in 2016. Dit is vergelijkbaar met het gemiddelde van andere zorgorganisaties en iets hoger dan het gemiddelde in Nederland.



Figuur 3.12: Thema's werkbeleving in algemene ziekenhuizen: ontwikkeling en vergelijking met de zorgsector en Nederland



Bron: Effectory

3.7 Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuiszorg

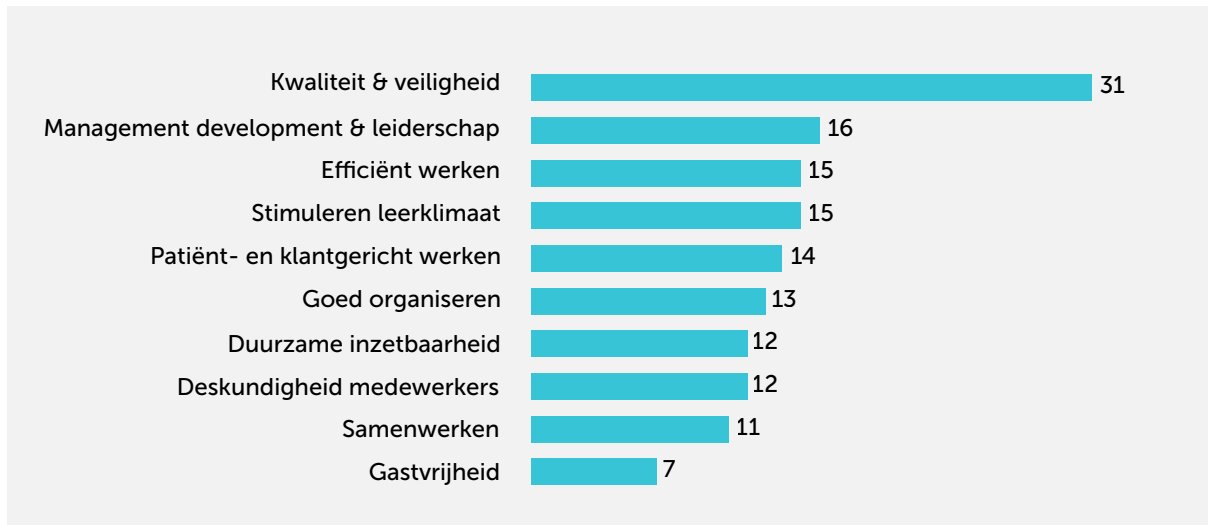
De groeiende vraag naar en toenemende zorgzwaarte van medisch-specialistische zorg vraagt veel van de professionals in de zorg. Er is behoefte aan meer personeel, waaronder ook personeel met andere (nieuwe) competenties en vaardigheden. De Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuiszorg is een meerjarige subsidieregeling waarmee ziekenhuizen een extra investering kunnen doen in de opleiding van hun medewerkers, onder meer door het opstellen en uitvoeren van strategische opleidingsplannen. Gedurende het jaar 2015 – het eerste volledige implementatiejaar van de Kwaliteitsimpuls – heeft dat geleid tot een betere verankering en uitvoering van strategisch en cyclisch opleidingsbeleid. Strategisch opleiden staat in de meeste ziekenhuizen steeds hoger op de agenda van de raad van bestuur en ook steeds meer op die van de verpleegkundige adviesraad en leidinggevenden. Het schept de financiële en beleidsruimte om veranderingen te realiseren. Gekozen opleidingsthema's worden vaker (bewust) in verband gebracht met meerjarige beleidsdoelstellingen van de ziekenhuizen en gewenste organisatieveranderingen.

Uit de top 10 van meest genoemde opleidingsthema's¹⁷ uit 2015 valt af te leiden dat de meeste aandacht uitging naar het thema 'kwaliteit & veiligheid', gevolgd door 'management development & leiderschap', 'efficiënt werken' en 'het stimuleren van een beter leerklimaat'.

De regeling Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuiszorg, gestart voor de periode 2014 - 2017, is verlengd tot en met 2018.

¹⁷ Zoals opgenomen in de door ziekenhuizen opgestelde strategische opleidingsplannen.

Figuur 3.13: Top 10 meest genoemde strategische opleidingsthema's in 2015 (absolute aantallen)



Bron: Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuiszorg (KiPZ) monitor



4. Geleverde zorg in ziekenhuizen

- ▶ Het aantal patiënten dat in 2016 een algemeen ziekenhuis bezocht is met 1,4% gestegen naar 8,3 miljoen. De groei is een aanwijzing dat de geleverde zorg in de ziekenhuizen aan het toenemen is.
- ▶ Het aantal opgenomen patiënten is gedaald, het aantal poliklinisch behandelde patiënten is gestegen.
- ▶ Het aantal patiënten in de hogere leeftijdscategorieën is toegenomen in 2016, meer dan op grond van de demografische ontwikkelingen zou worden verwacht. Het aantal patiënten ouder dan 55 jaar is sterker gegroeid dan gemiddeld en deze patiëntengroep zal naar verwachting blijven groeien. De complexiteit van de zorgvraag was bij deze groep patiënten gemiddeld hoger dan bij jongere patiëntengroepen.
- ▶ Hart- en vaatziekten vormden in 2015 en 2016 de diagnosegroep met het hoogste aantal opnamen: ca. 300.000 opnamen.
- ▶ De meeste ingrepen in het ziekenhuis vonden in 2016 plaats aan de huid en aan gebit en mond. Ingrepen aan bot-spiersysteem en oog staan op respectievelijk de derde en vierde plek als het gaat om meest uitgevoerde ingrepen in 2016.
- ▶ De meeste ziekenhuisopnamen in 2016 waren acuut. Dit aantal is met 6% gestegen ten opzichte van 2014.
- ▶ Patiënten met een aandoening aan het ademhalingsstelsel lagen in 2016 gemiddeld het langst in het ziekenhuis (5,1 dagen); bij patiënten met een aandoening aan zenuwstelsel en zintuigen is de gemiddelde opnameduur het meest gestegen: van 2,8 naar 3,0 dagen.
- ▶ Veruit de meeste patiënten gaan na een ziekenhuisopname naar de eigen woonomgeving terug. Het aantal patiënten dat naar een ander type instelling gaat is toegenomen van 6,5% in 2014 naar 7,1% in 2016.
- ▶ De gemiddelde opnameduur bij uitstroom naar een ander type instelling dan een ziekenhuis was in de afgelopen drie jaar het langst: ruim tien dagen.

- ▶ 99,8% van alle Nederlanders kon binnen 45 minuten op de spoedeisende hulp of acute verloskunde zijn.
- ▶ Zeven op de tien patiënten kon in 2016 binnen vier weken terecht voor een afspraak op de polikliniek.

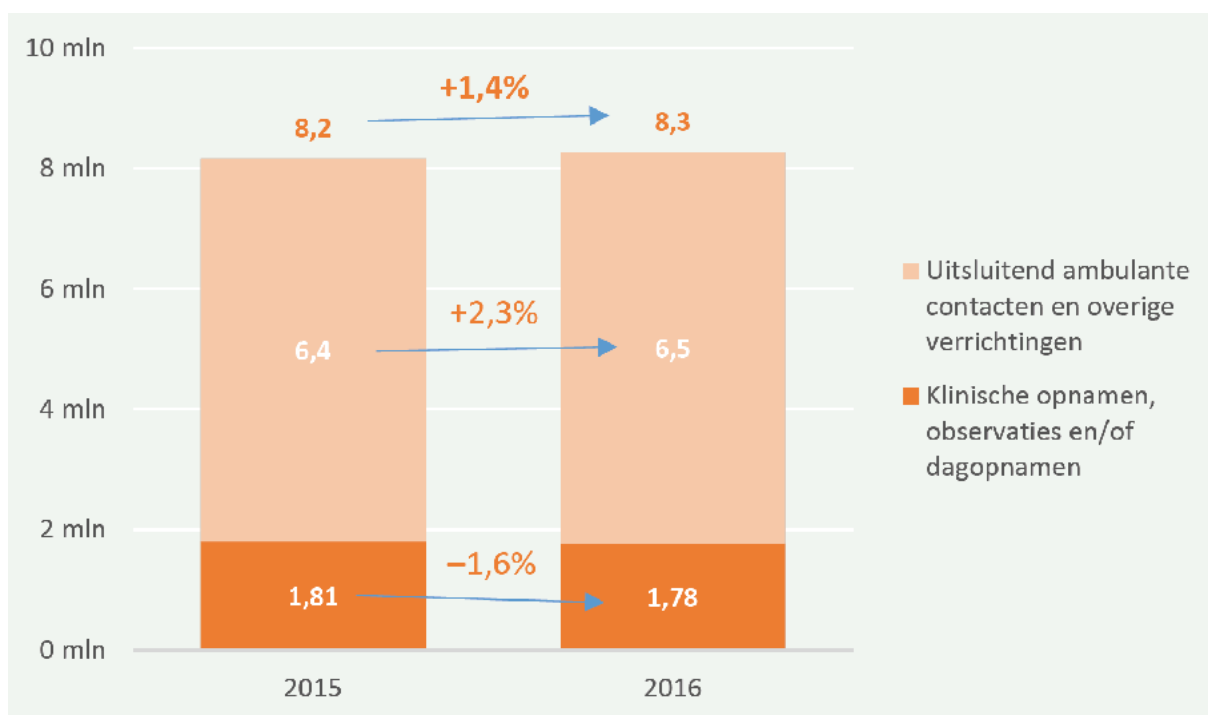


4.1 Aantal patiënten

Het aantal patiënten dat een algemeen ziekenhuis bezocht was 8,3 miljoen in 2016. Dit is een stijging van 1,4% ten opzichte van 2015. De stijging is gedeeltelijk een gevolg van de bevolkingsgroei (+0,46%), de vergrijzing (+0,33%)¹ en een toename van het aandeel inwoners dat een ziekenhuis bezoekt (+0,62%).

Het aantal patiënten dat in 2016 in een algemeen ziekenhuis is opgenomen (klinische opname, langdurige observatie of dagopname) bedroeg 1,78 miljoen; dit is 1,6% minder dan in 2015. Het aantal patiënten dat alleen een poliklinische behandeling heeft gehad, is juist toegenomen met 2,3%.

Figuur 4.1: Ontwikkeling van het aantal patiënten² in algemene ziekenhuizen (miljoen)



Bron: LBZ

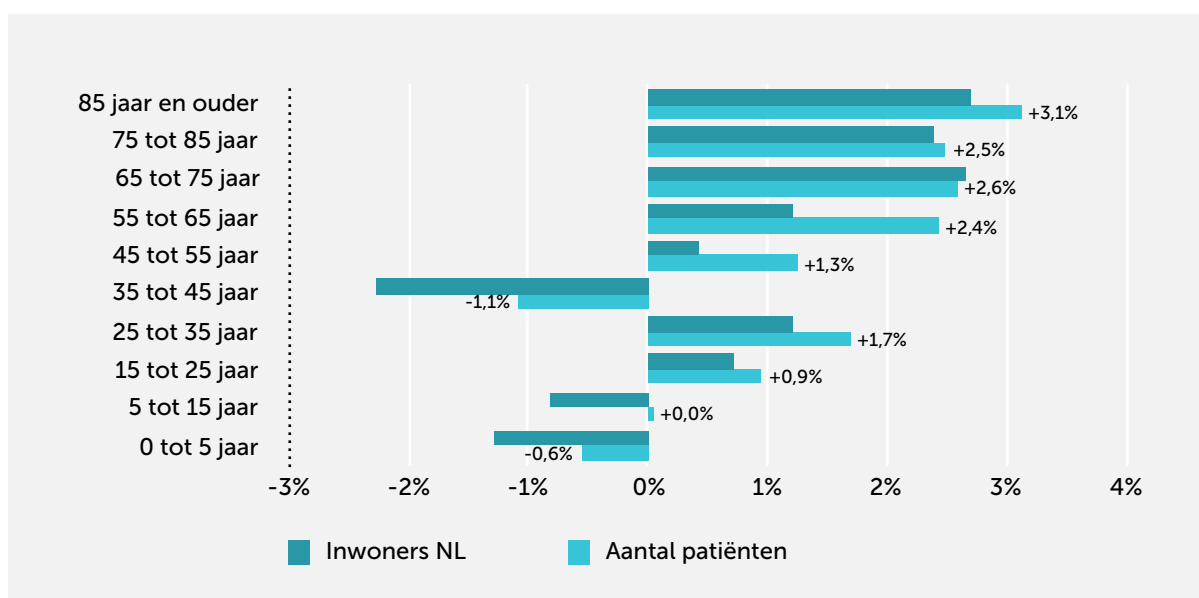
¹ Onder aanname dat het percentage van inwoners van Nederland dat een ziekenhuis bezoekt naar leeftijdscategorie gelijk is gebleven in 2016.

² Dit betreft het totaal van patiënten die een ziekenhuis hebben bezocht. Een patiënt die meermaals hetzelfde ziekenhuis bezoekt is eenmaal meegerekend. Een patiënt die meerdere ziekenhuizen bezoekt is eenmaal per ziekenhuis meegeteld. Cijfers zijn gebaseerd op 71 algemene ziekenhuizen in 2015 en 62 ziekenhuizen in 2016. Ontbrekende cijfers zijn bijgeschat op basis van het voorafgaande of erop volgende jaar aangepast met een groeipercentage van 1,4%.

Daarnaast hebben ziekenhuizen in 2016 voor 2,0 miljoen patiënten alleen laboratoriumonderzoek en/of pathologisch onderzoek verricht.

Het aantal patiënten in de hogere leeftijdscategorieën is toegenomen in 2016, zelfs sterker dan op grond van de demografische ontwikkelingen zou worden verwacht. De verandering in het aantal patiënten per leeftijdscategorie is weergegeven in onderstaande figuur. Ter vergelijking is de ontwikkeling van het aantal inwoners van Nederland naar leeftijd weergegeven in de licht gekleurde balken. Het aantal patiënten ouder dan 55 jaar is meer gestegen dan de gemiddelde groei van het totaal aantal patiënten (+1,4%).

Figuur 4.2: Ontwikkeling aantal patiënten per leeftijdscategorie in 2016 t.o.v. 2015 (%)

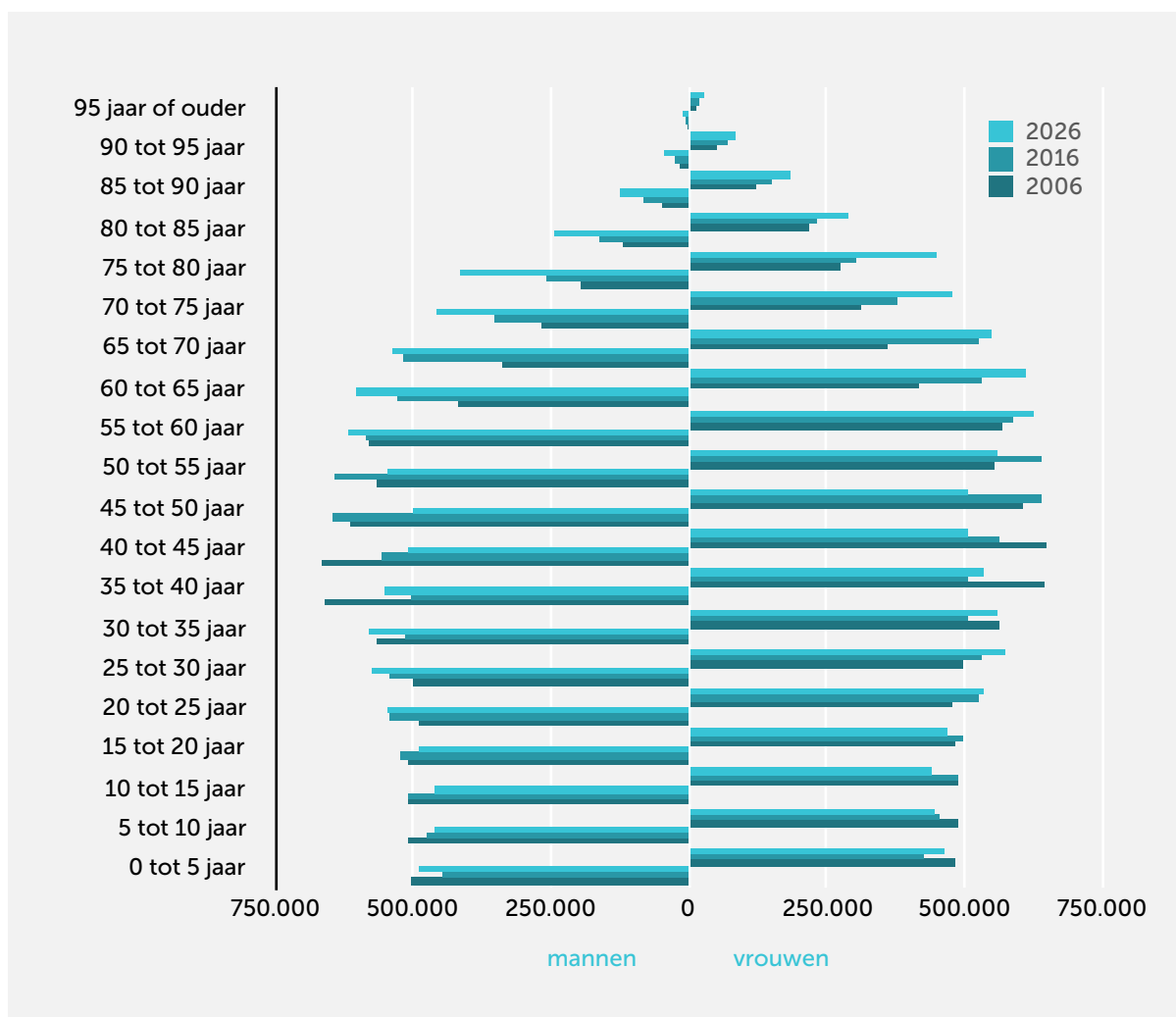


Bron: LBZ³, CBS

³ Op basis van 64 algemene ziekenhuizen.

Naar verwachting neemt door demografische ontwikkelingen het aantal oudere patiënten dat een ziekenhuis bezoekt verder toe. In onderstaande figuur is de bevolkingsopbouw weergegeven voor 2006, 2016 en de prognose van het CBS voor 2026. De gestegen levensverwachting en het ouder worden van de babyboomgeneratie (nu 62 - 71 jaar oud) zijn de belangrijkste oorzaken van deze ontwikkelingen.

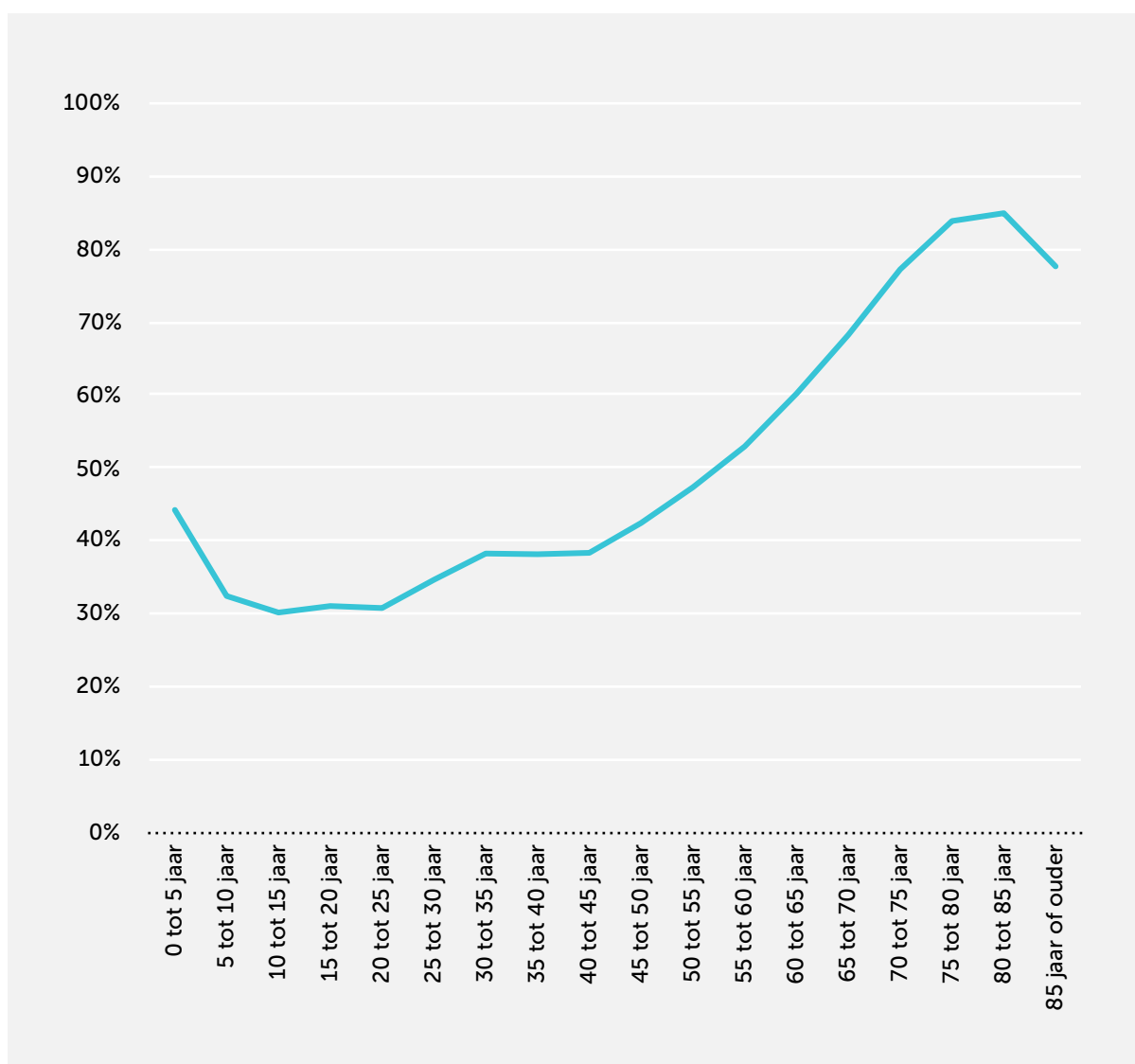
Figuur 4.3: Ontwikkeling Nederlandse bevolking



Bron: CBS

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

Figuur 4.4: Percentage van inwoners in Nederland dat in een algemeen ziekenhuis komt in 2015

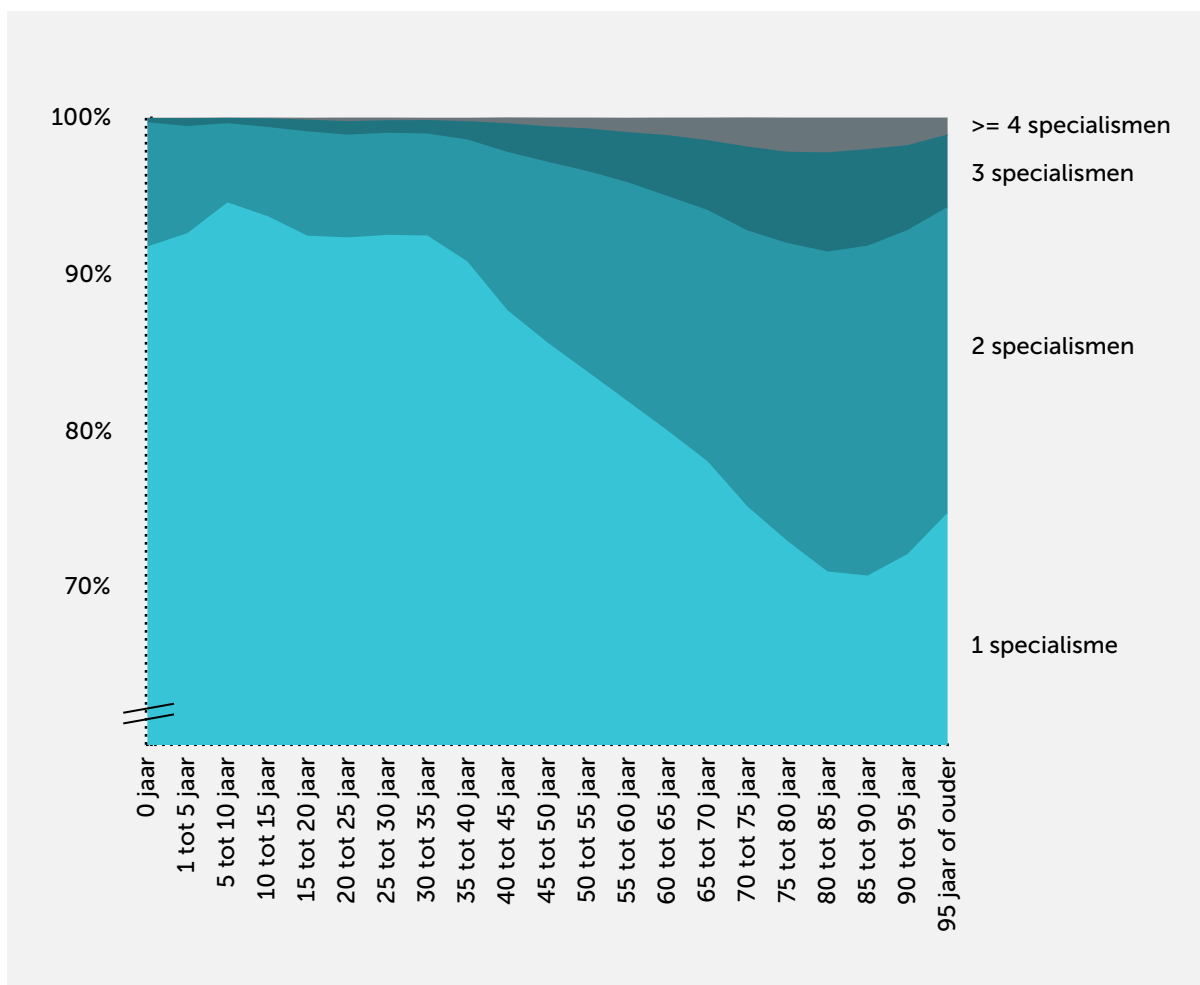


Bron: LBZ⁴, CBS

⁴ Op basis van 71 algemene ziekenhuizen.

Naarmate de leeftijd van een patiënt toeneemt, neemt ook het aantal betrokken specialismen toe. In 2016 werd gemiddeld 25,7% van de patiënten van 65 jaar of ouder gediagnosticeerd en/of behandeld door meerdere specialismen. Dit was gemiddeld 12,2% bij patiënten tot 65 jaar. Gemiddeld was een patiënt in 2016 onder behandeling bij 1,23 specialismen⁵. Dit betreft klinische opnamen, langdurige observaties en dagopnamen.

Figuur 4.5: Aantal patiënten dat door één of meerdere specialismen werd gediagnosticeerd en/of behandeld in 2016 (%)

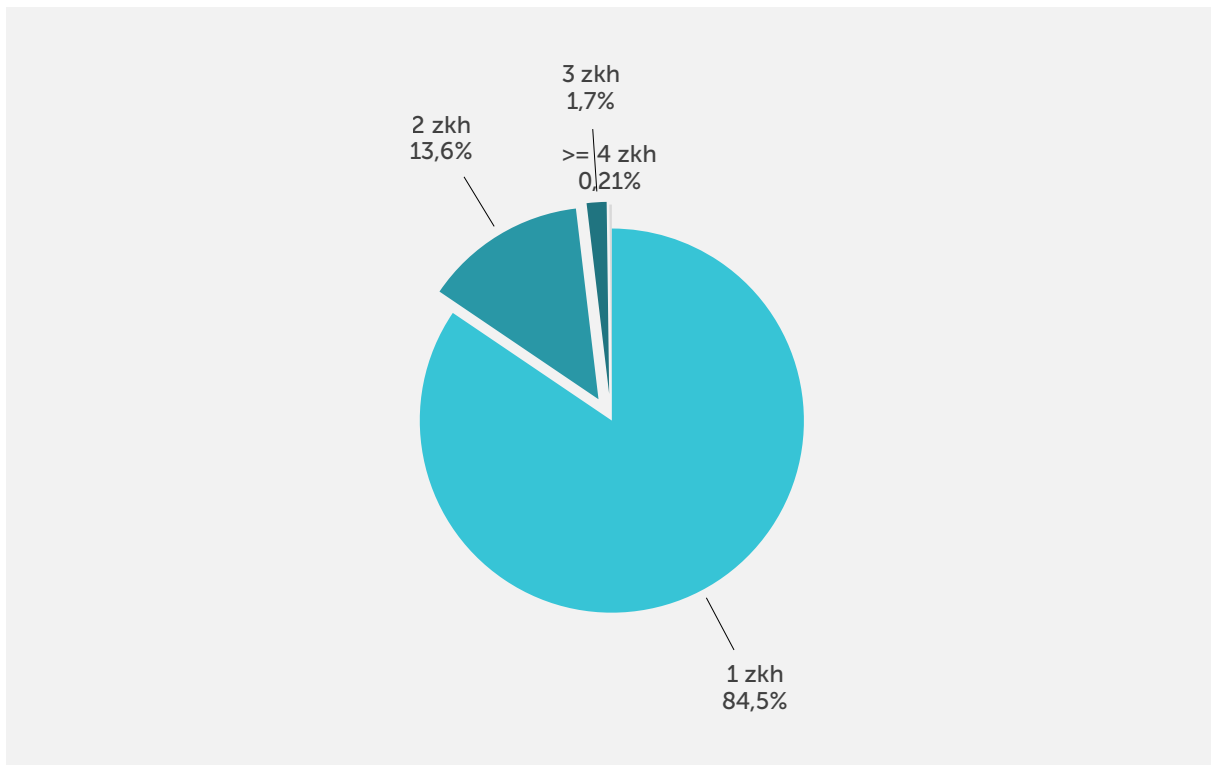


Bron: LBZ, inclusief umc's

⁵ Er is sprake van een onderschatting van het aantal specialismen dat betrokken is, doordat gegevens ontbreken voor enkele specialismen en voor enkele ziekenhuizen waarbij gemiddeld veel specialismen per patiënt betrokken zijn.

Van alle patiënten in Nederland bezocht meer dan 15,5%⁶ in 2016 meer dan één ziekenhuis.

Figuur 4.6: Aantal patiënten dat in 2016 in meerdere instellingen werd gediagnosticeerd en/of behandeld



Bron: LBZ, inclusief umc's⁷

⁶ Er is sprake van een onderschatting van het aantal patiënten dat meerdere ziekenhuizen bezocht, doordat gegevens ontbreken voor enkele ziekenhuizen waarvan relatief veel patiënten meerdere ziekenhuizen bezoeken.

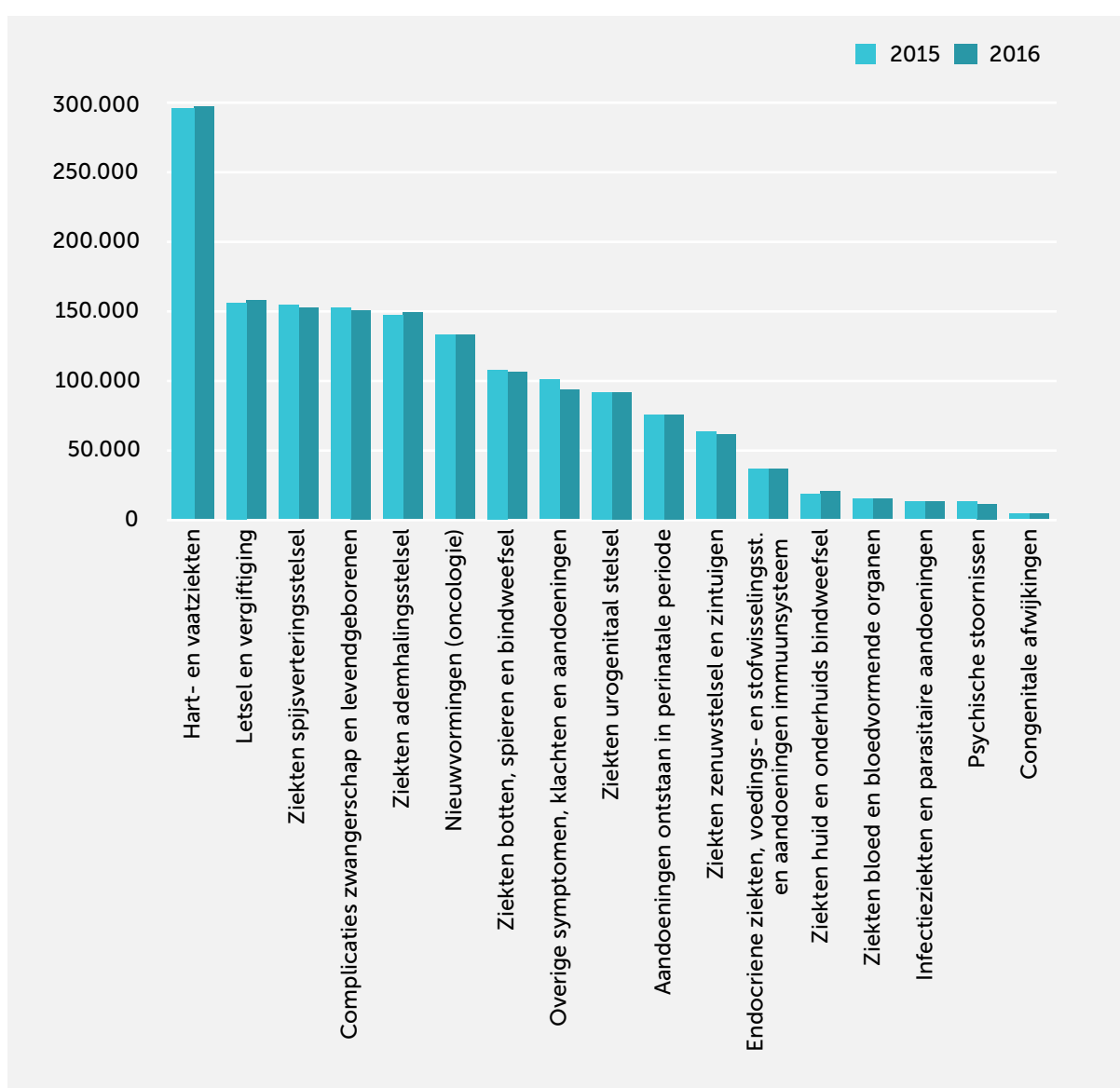
⁷ Op basis van klinische opnamen, langdurige observaties, dagopnamen, ambulante contacten en overige verrichtingen.

4.2 Voorkomen van aandoeningen

Onderstaande figuur toont aantallen klinische opnamen en langdurige observaties van patiënten per jaar voor algemene ziekenhuizen, gebundeld in diagnoseclusters.

Veruit de grootste groep opnamen betrof zowel in 2015 als in 2016 diagnoses van hart- en vaatziekten: circa 300.000 opnamen per jaar.

Figuur 4.7: Aantal klinische opnamen en langdurige observaties per diagnosecluster⁸ in algemene ziekenhuizen



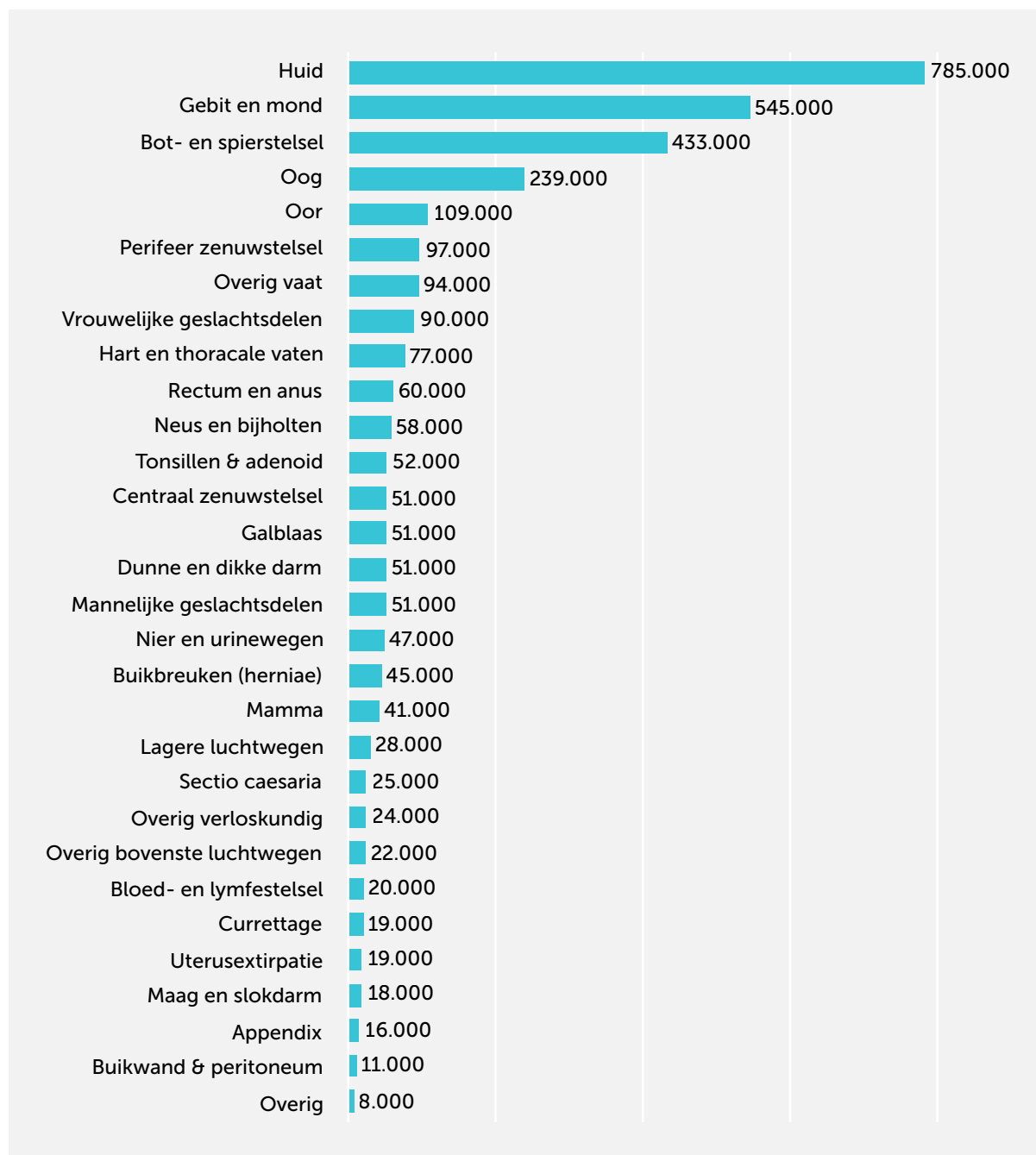
Bron: LBZ

⁸ Op basis van Clinical Classification Software (CCS) groepen.

4.3 Operaties

Onderstaande figuur geeft een overzicht van het aantal operaties dat in 2016 uitgevoerd is in algemene ziekenhuizen.

Figuur 4.8: Aantal operaties per verrichtingsgroep in 2016



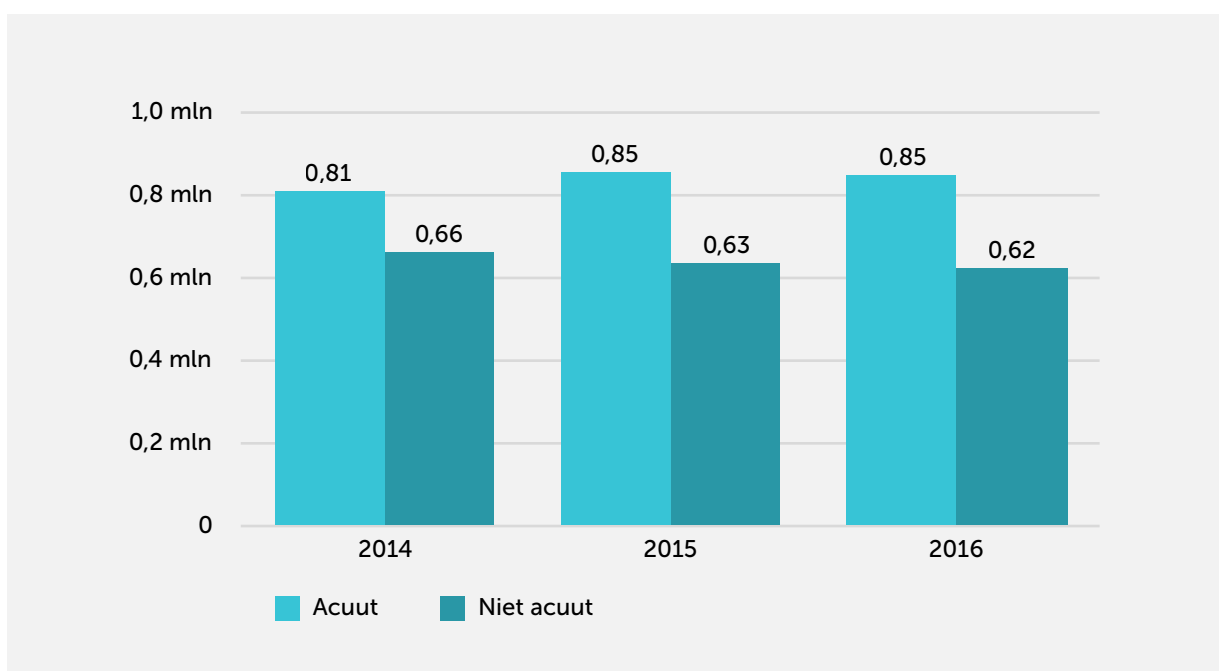
Bron: LBZ⁹

⁹ Afgerond op 1.000 operaties. Overig betreft schildklier, varices, lever en pancreas, overige endocriene klieren en overige kunstverlossingen.

4.4 Opnamen en opnameduur

Het aantal klinische opnamen bedroeg 1,47 miljoen in 2016; hiervan waren er 0,85 miljoen acuut en 0,62 miljoen niet-acuut. Het aantal acute opnamen is met 5,1% gestegen sinds 2014. Het aantal niet-acute opnamen is in dezelfde periode gedaald met 6,0%. Tijdens deze periode zijn de registraties verbeterd, dit kan een rol spelen in de getoonde ontwikkeling.

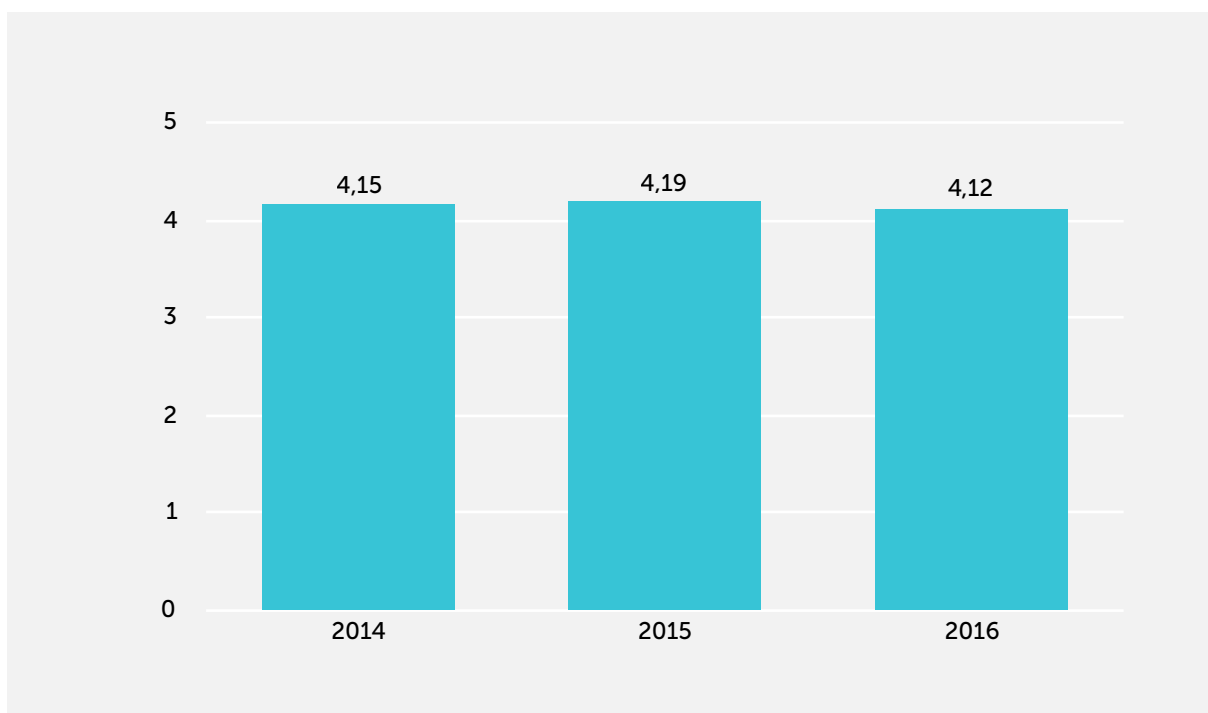
Figuur 4.9: Aantal acute en niet-acute klinische opnamen in algemene ziekenhuizen



Bron: LBZ

De gemiddelde opnameduur voor klinische opnamen in algemene ziekenhuizen was in 2016 4,12 dagen. Dit is een lichte daling ten opzichte van 2015 (4,19 dagen).

Figuur 4.10: Gemiddelde opnameduur (aantal dagen)



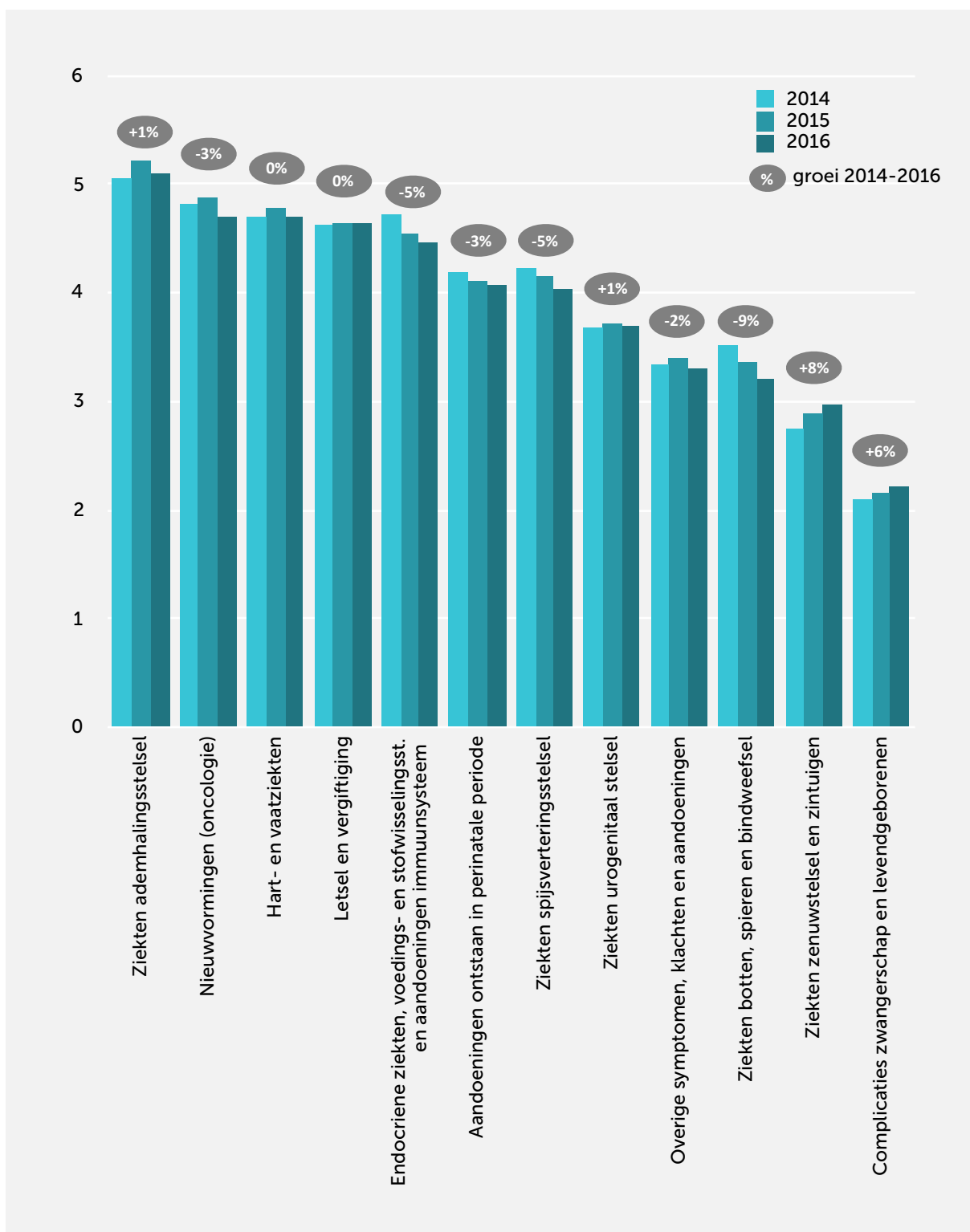
Bron: LBZ

De gemiddelde opnameduur in 2016 varieerde per diagnosecluster van 2,2 dagen voor complicaties bij zwangerschap en levendgeborenen tot 5,1 dagen voor ziekten van het ademhalingsstelsel.

De grootste stijging in opnameduur vond plaats bij ziekten van het zenuwstelsel en zintuigen (+8%). De gemiddelde opnameduur van complicaties bij zwangerschap en levendgeborenen steeg met 6%, de grootste toename in opnameduur deed zich hierbij voor bij levendgeborenen van 0,75 dagen in 2014 naar 0,97 dagen in 2016.

De grootste afname deed zich voor bij ziekten van botten, spieren en bindweefsel (-9%), dit kwam voornamelijk door een afname van de opnameduur bij osteoartritis, reumatoïde artritis en overige aandoeningen aan het bewegingsapparaat (van 3,3 dagen in 2014 naar 2,8 dagen in 2016) en bij spondylitis, rugaandoeningen en osteoporose (van 3,5 dagen in 2014 naar 3,2 dagen in 2016).

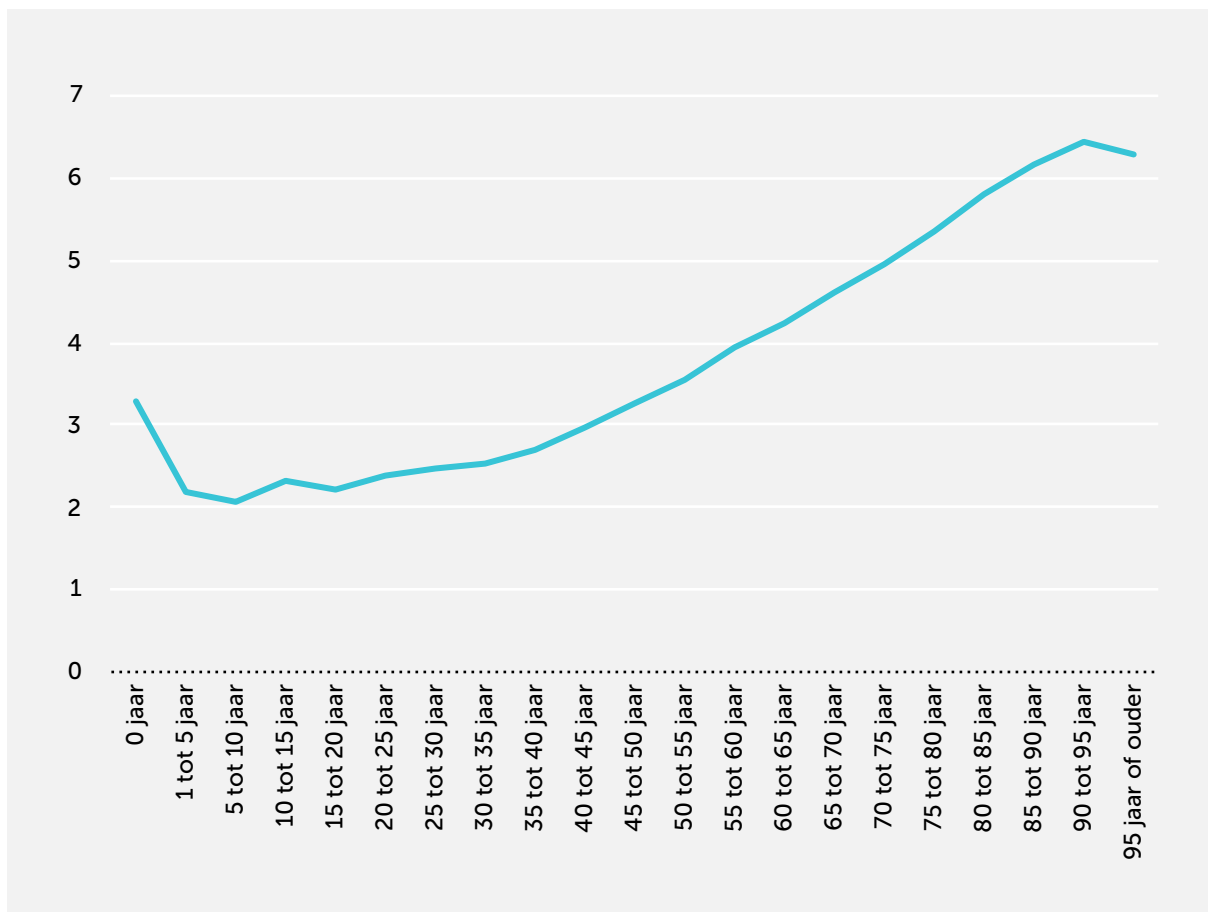
Figuur 4.11: Gemiddelde opnameduur per diagnosecluster (aantal dagen)



Bron: LBZ, diagnoseclusters met meer dan 25.000 opnamen in 2016

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

Figuur 4.12: Opnameduur naar leeftijd in 2016 (aantal dagen)



Bron: LBZ, klinische opnamen



4.5 Uitstroom

In 2016 ging 90,1% van de patiënten na een klinische opname of langdurige observatie vanuit een ziekenhuis naar de eigen woonomgeving. Hiermee gingen relatief minder patiënten (een daling van 0,7 procentpunt) naar het eigen huis ten opzichte van 2014. In dezelfde periode is de uitstroom naar andere zorginstellingen gestegen, met name naar instellingen anders dan ziekenhuizen. De stijging van uitstroom naar andere zorginstellingen wordt waarschijnlijk verklaard door de stijging van de leeftijd van de patiëntenpopulatie. Zie ook Figuur 4.14.

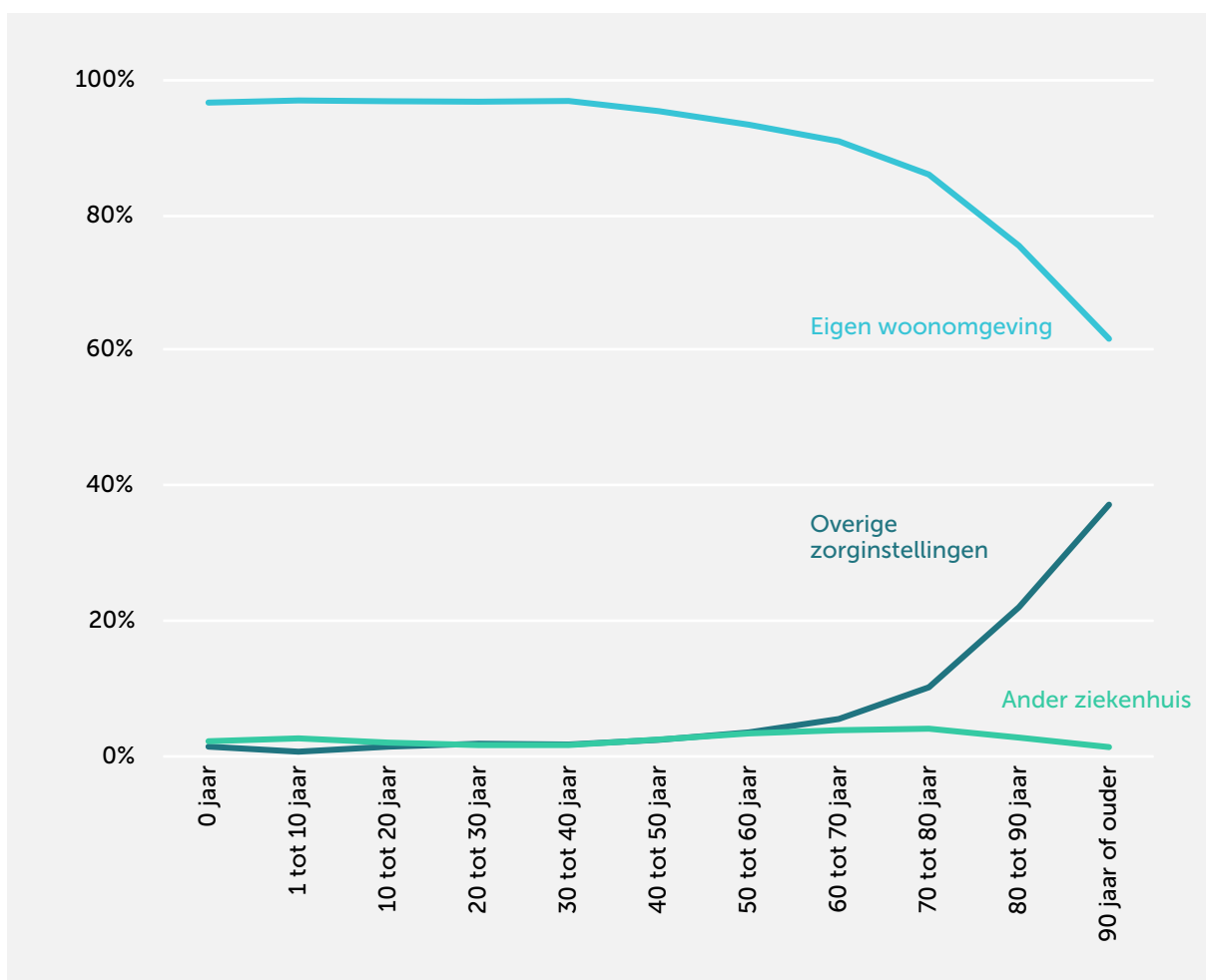
Figuur 4.13: Aantal patiënten per type uitstroom (%)

	2014	2015	2016	Verandering 2014 - 2016 (%-punt)
Eigen woonomgeving	90,8%	90,6%	90,1%	-0,7%
Ander ziekenhuis	2,7%	2,8%	2,8%	+0,1%
Overige zorginstellingen	6,5%	6,7%	7,1%	+0,6%

Bron: LBZ

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

Figuur 4.14: Uitstroom vanuit een algemeen ziekenhuis in 2016 per leeftijdscategorie

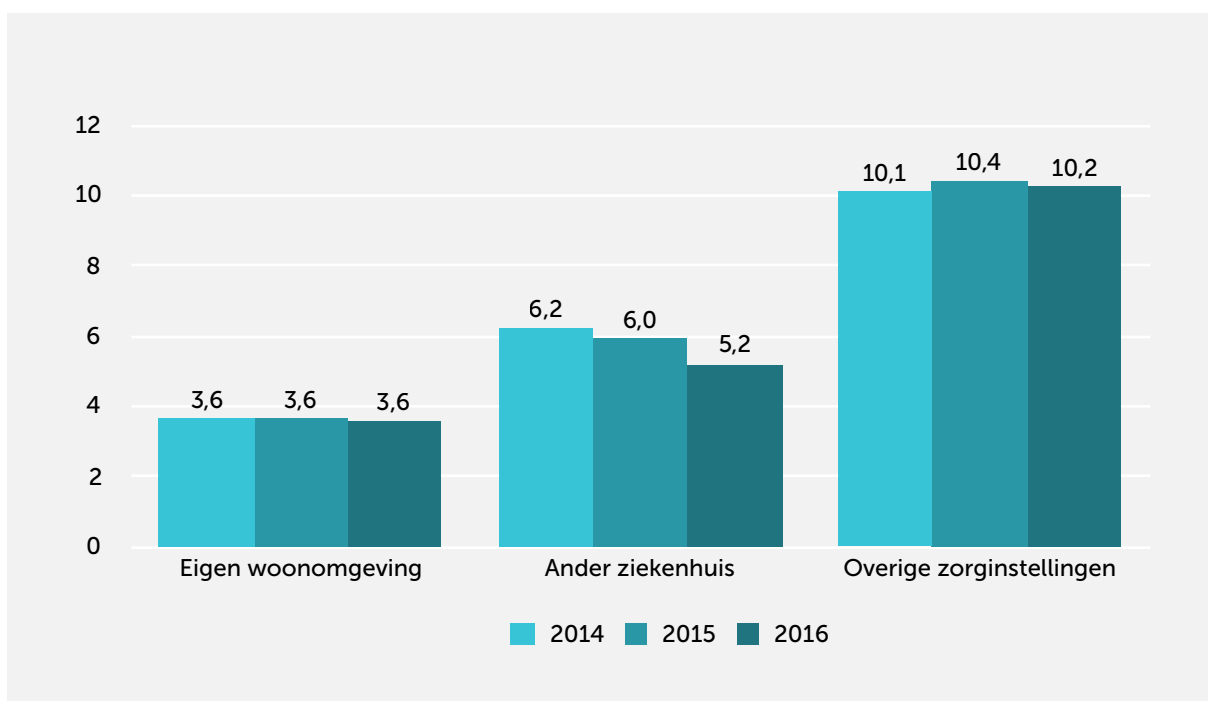


Bron: LBZ

De opnameduur bij klinische opnamen was gemiddeld het kortst in combinatie met uitstroom naar de eigen woonomgeving: gemiddeld 3,6 dagen in 2016. Bij uitstroom naar een ander ziekenhuis was de opnameduur gemiddeld 5,2 dagen, een dag korter dan in 2014 (gemiddeld 6,2 dagen).

Bij uitstroom naar een overige zorginstelling (naar een andere instelling van een ander ziekenhuis) was de opnameduur het langst: gemiddeld 10,2 dagen in 2016. Onder overige zorginstellingen vallen instellingen voor revalidatie, instellingen voor verpleging/verzorging, psychiatrische ziekenhuizen en hospices.

Figuur 4.15: Gemiddelde opnameduur in een ziekenhuis met uitsplitsing naar bestemming (dagen)



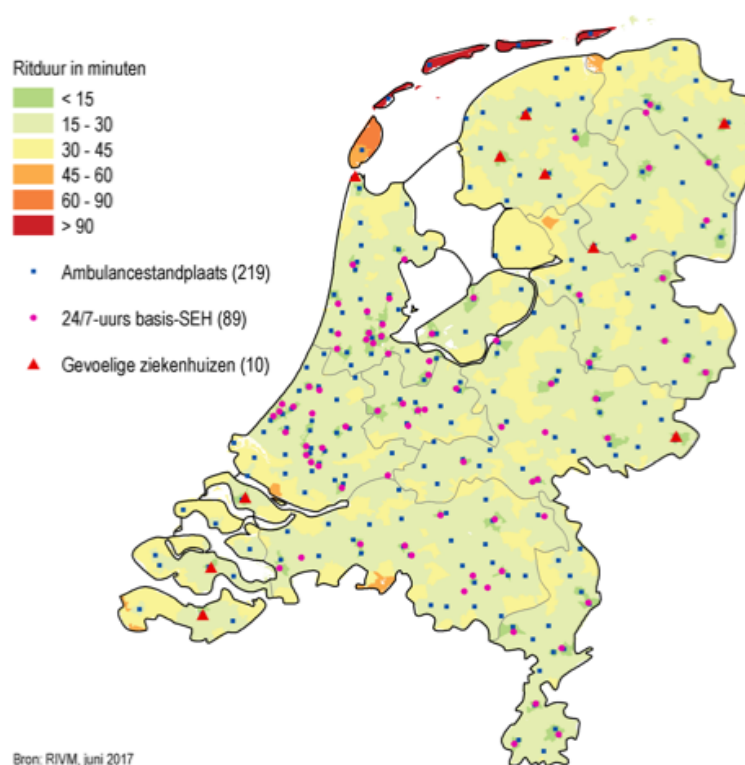
Bron: LBZ

4.6 SEH, HAP en bereikbaarheid

Uit een analyse van de bereikbaarheid van de spoedeisende hulp en de acute verloskunde is gebleken dat 99,8 procent van de inwoners binnen de norm van 45 minuten naar een spoedeisende hulpafdeling (SEH) of een ziekenhuis met acute verloskunde kon worden vervoerd.

In april 2017 waren er 89 basis-SEH's in Nederland die 24 uur per dag en zeven dagen per week zijn geopend. Dat was één minder dan in 2016 en twee minder dan in 2014. Van deze basis-SEH's hadden 76 een huisartsenpost (HAP) op het ziekenhuisterrein gevestigd. Onderstaande figuur geeft de bereikbaarheid weer van de 89 basis-SEH's¹⁰. In totaal waren er 94 ziekenhuislocaties met een SEH, inclusief de SEH's zonder 24/7 openstelling (bron: RIVM).

Figuur 4.16: Bereikbaarheid van 89 basis-SEH's met 24/7 openstelling



Bron: RIVM¹¹

¹⁰ RIVM Briefrapport 2017-0108, Aanbod en bereikbaarheid van de spoedeisende zorg in Nederland 2017.

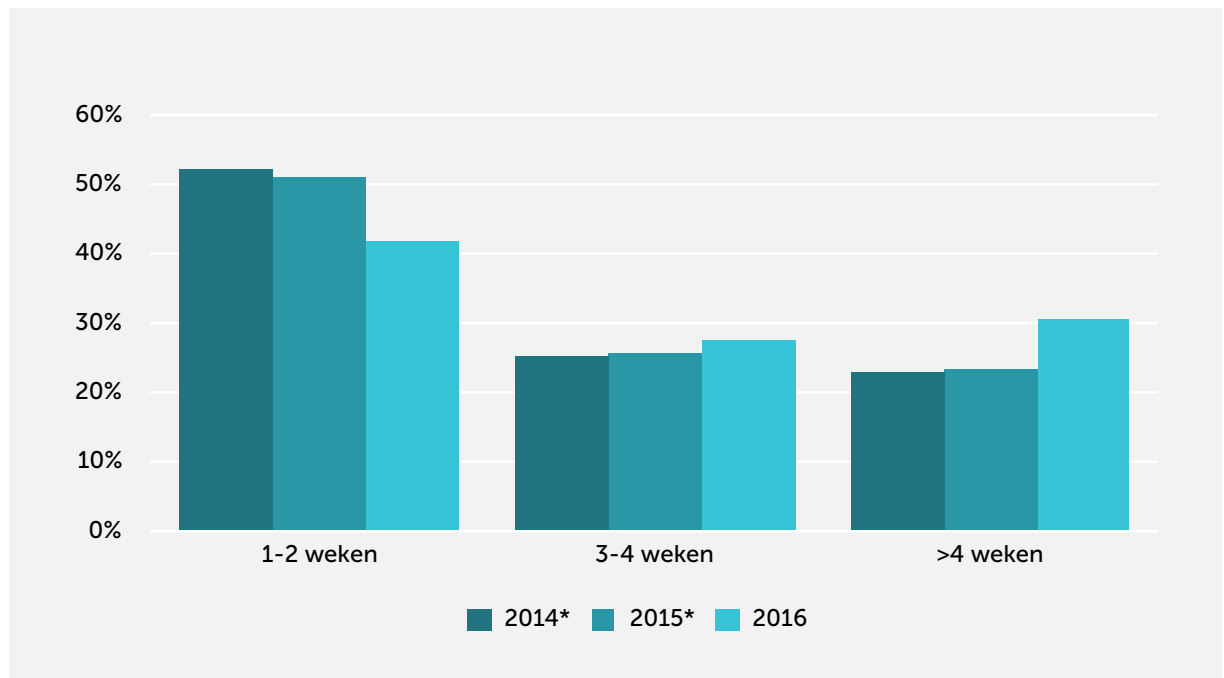
¹¹ Met 'gevoelig' wordt bedoeld dat eventuele sluiting van de basis-SEH van het betreffende ziekenhuis tot gevolg heeft dat meer mensen niet meer binnen 45 minuten naar een basis-SEH kunnen worden vervoerd in vergelijking met de situatie wanneer deze SEH open is.

4.7 Wachttijden

In 2016 kon 69% van de patiënten binnen vier weken terecht op de polikliniek, waarvan 42% binnen twee weken. Behandeling kon bij 86% van de patiënten binnen zeven weken worden gestart, waarvan bij 31% van de patiënten binnen drie weken.

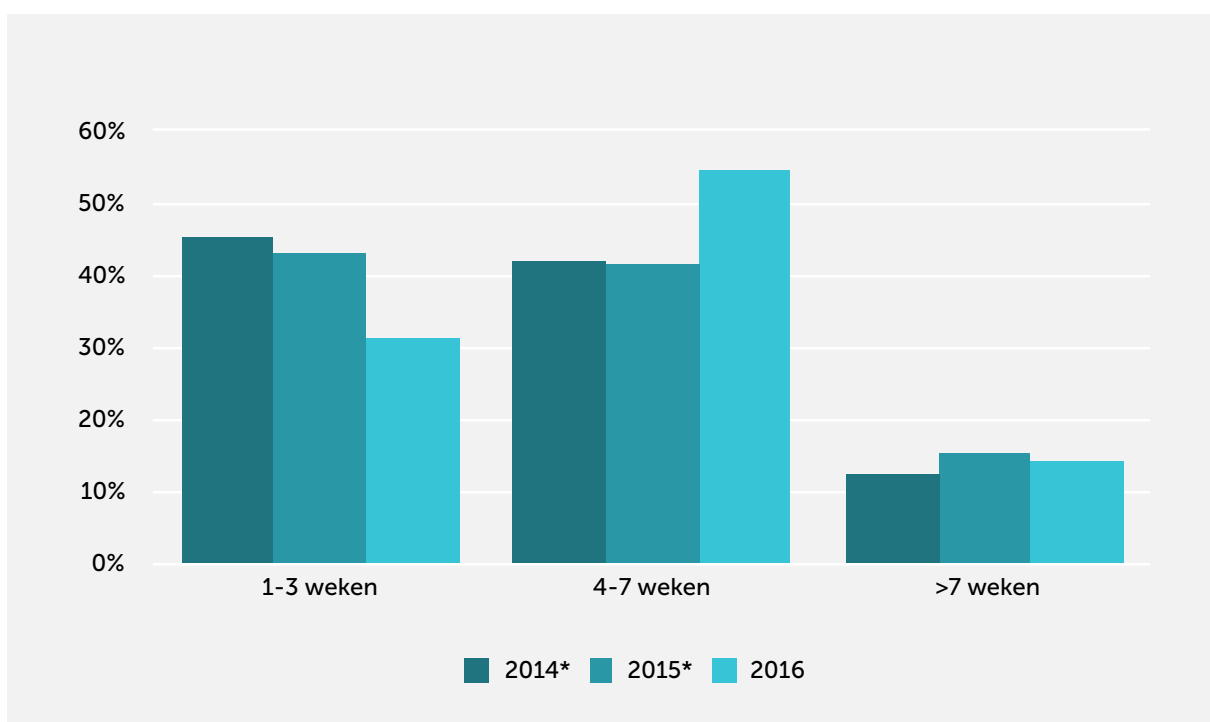
De wachttijden worden sinds 1 januari 2016 anders geregistreerd dan in voorafgaande jaren, hierdoor zijn historische cijfers niet vergelijkbaar met cijfers over 2016.

Figuur 4.17: Gemiddelde wachttijd polikliniek (aantal weken)



Bron: Mediquest, * andere registratiemethodiek per 1 januari 2016

Figuur 4.18: Gemiddelde wachttijd behandeling (aantal weken)



Bron: Mediquest, * andere registratiemethodiek per 1 januari 2016

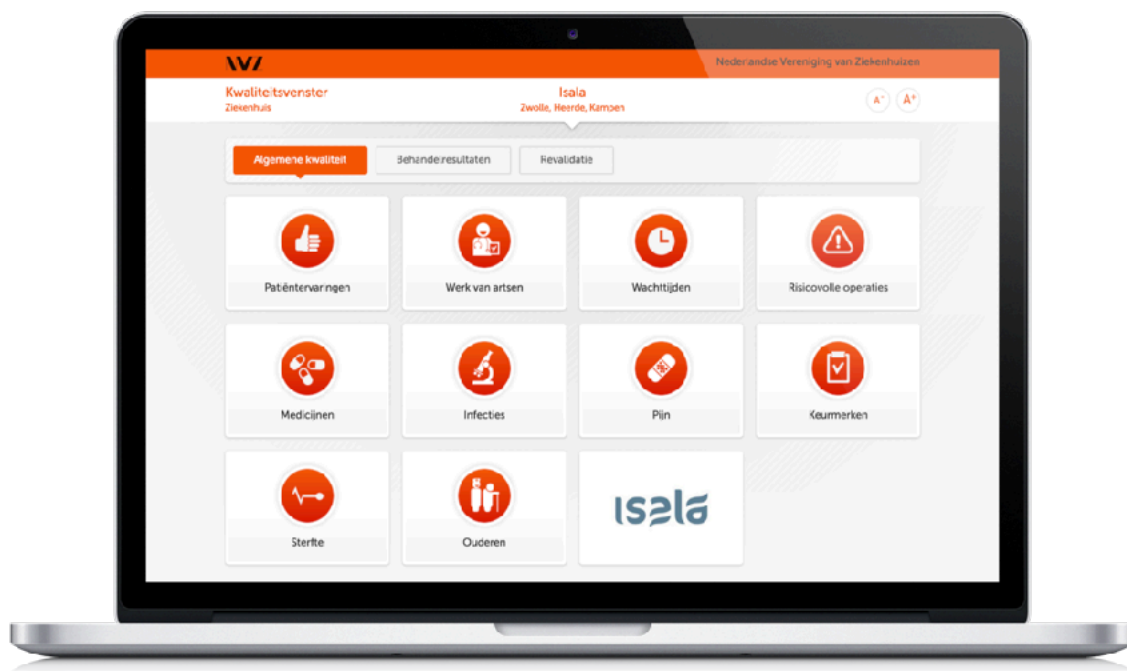


4.8 NVZ Kwaliteitsvenster

Het NVZ Kwaliteitsvenster (www.nvz-kwaliteitsvenster.nl) geeft patiënten informatie over de kwaliteit en behandelresultaten per ziekenhuis. Informatie over onder andere patiëntervaringen, werk van artsen, wachttijden, risicovolle operaties en sterfte is daarin voor iedereen toegankelijk. Van elk ziekenhuis is er per aandoening informatie te vinden over onder andere het resultaat van operaties, complicaties en aantallen operaties. In het Kwaliteitsvenster zijn gegevens opgenomen die ook aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Zorginstituut Nederland worden verstrekt.

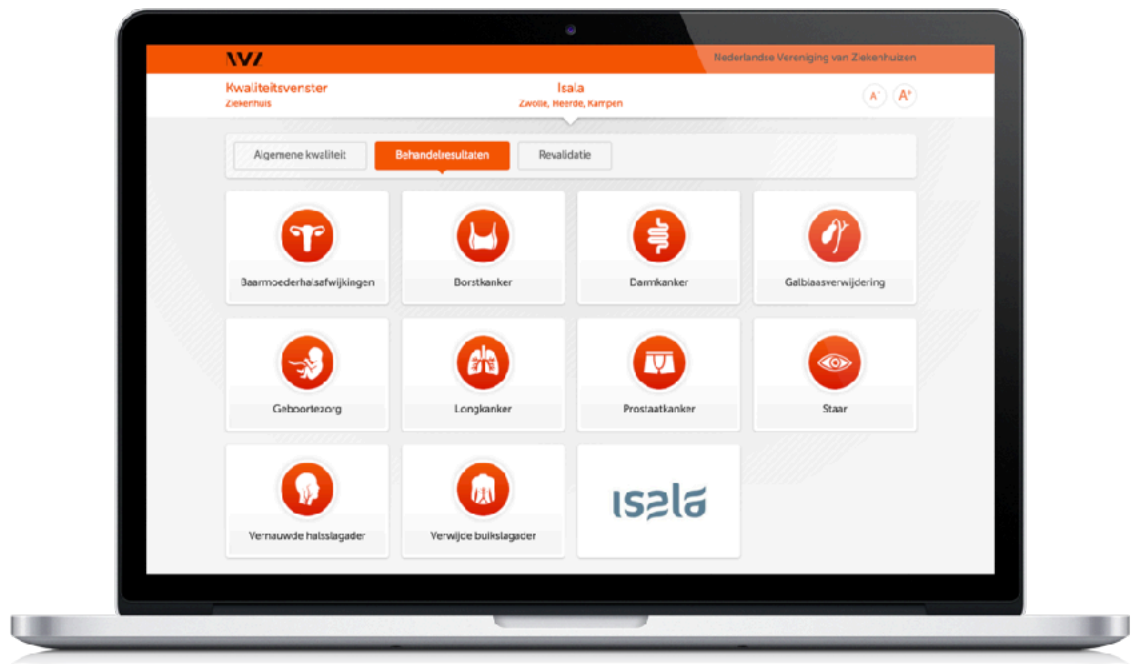
Daarnaast staan er cijfers in over medewerkerstevredenheid en patiënttevredenheidsonderzoeken. Alle cijfers worden afgezet tegen een landelijk gemiddelde en waar mogelijk vergeleken met het voorafgaande jaar. Per onderdeel krijgt de patiënt niet alleen cijfers te zien, maar ook informatie over de context van de kwaliteitsinformatie. Per juni 2017 zijn gegevens beschikbaar over dertig onderwerpen en behandelingen.

Figuur 4.19: NVZ Kwaliteitsvenster – algemene kwaliteit



Bron: NVZ Kwaliteitsvenster

Figuur: 4.20: NVZ Kwaliteitsvenster – behandelresultaten



Bron: NVZ Kwaliteitsvenster



5. Financiën

- ▶ De totale omzet van de algemene ziekenhuizen bedroeg €17,5 miljard in 2016. De omzet is in 2016 gestegen met 2,2% (inclusief prijsstijgingen). Daarmee lijken de ziekenhuizen binnen de financiële afspraken van het hoofdlijnenakkoord te zijn gebleven. Het gaat hierbij om een voorlopig beeld op basis van de omzetcijfers van de algemene ziekenhuizen, terwijl zorguitgaven uiteindelijk worden bepaald op basis van de schadelastcijfers van de zorgverzekeraars.
- ▶ De kosten van de algemene ziekenhuizen zijn in 2016 sterker gestegen dan de totale omzet.
- ▶ Met name de personeelskosten zijn in 2016 toegenomen (van €8,3 miljard naar €8,5 miljard).
- ▶ Het resultaat (als % omzet) is gedaald naar 1,3% in 2016, het laagste niveau in de afgelopen zeven jaar.
- ▶ Er waren minder ziekenhuizen met een negatief resultaat dan in de voorafgaande drie jaar, maar het aantal ziekenhuizen met een positief resultaat van meer dan 2,5% was vergelijkbaar met vorig jaar en beduidend lager dan in de periode 2011 - 2014.
- ▶ De rentabiliteit is in 2016 gedaald naar 3,4%. De solvabiliteit is in 2016 verder toegenomen naar 23,6%.
- ▶ Investerings in materiële vaste activa door algemene ziekenhuizen bedroegen €1,5 miljard in 2015 en €1,4 miljard in 2016. Hiermee zijn de investeringen gestabiliseerd op een niveau dat ruim 30% lager ligt dan in 2010.



5.1 Omzet

De totale omzet van de algemene ziekenhuizen bedroeg €17,5 miljard in 2016¹. De omzet is daarmee in 2016 met €371 miljoen (+2,2%) gestegen, inclusief prijsstijgingen². Deze groei werd veroorzaakt door stijging van lonen en prijzen, volumestijging en toename van het gebruik van dure geneesmiddelen. De inkomsten uit subsidies lagen in 2016 lager dan in 2015. Dit komt met name doordat in 2015 veel subsidies zijn uitgekeerd die al langere tijd werden verwacht, hetgeen minder het geval was in 2016.

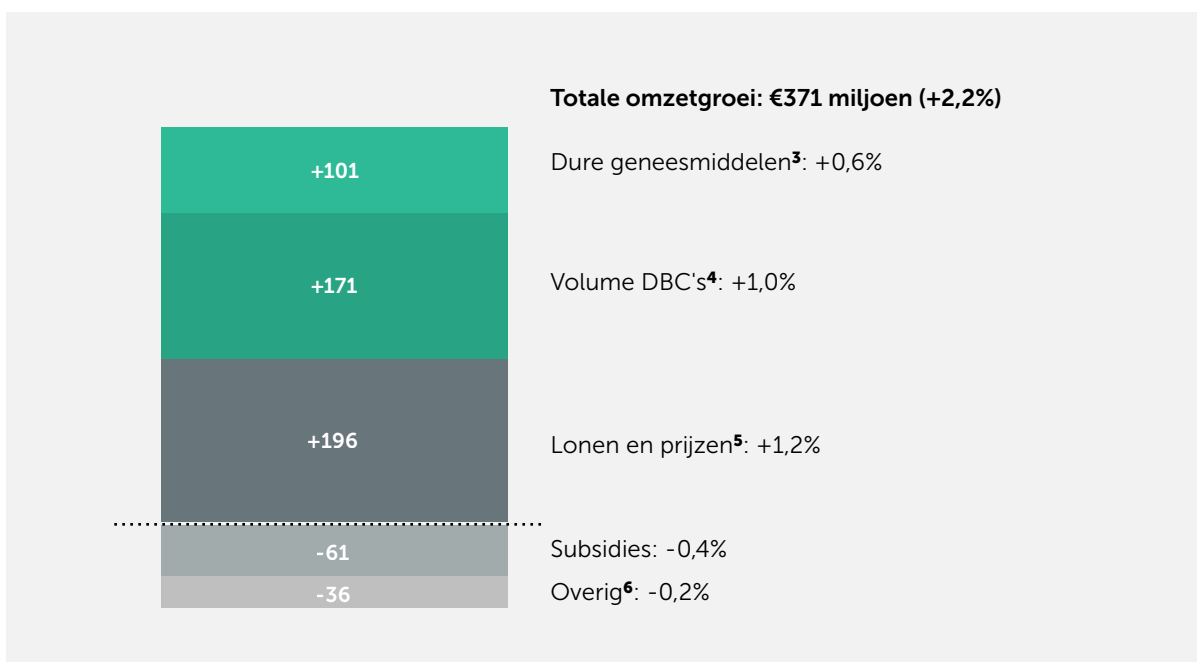
Ziekenhuizen geven in hun jaarverslagen onder meer de volgende verklaringen voor de omzetverandering:

- ▶ Ziekenhuizen hebben meer patiënten behandeld en deze behandelingen waren gemiddeld intensiever.
- ▶ Er zijn aanvullende afspraken gemaakt met zorgverzekeraars in geval van overschrijding van plafonddafspraken.

¹ Cijfers zijn gebaseerd op de jaarrekeningen van 65 van de 67 ziekenhuizen. Voor twee ziekenhuizen ontbreken de cijfers over 2016, hiervoor is uitgegaan van de cijfers over 2015 verhoogd met 1% als veronderstelde groei. Zie ook de bijlage *Toelichting op bronnen en analyses*.

² Cijfers zijn gebaseerd op de omzet van 65 van de 67 algemene ziekenhuizen en zijn niet gelijk aan de zorguitgaven van de gehele medisch-specialistische zorg zoals opgenomen in hoofdstuk 2.

Figuur 5.1: Verdeling omzetgroei algemene ziekenhuizen in 2016
(€ miljoen en % van totale omzet)



Bron: jaarrekeningen, BDO, LBZ, DHD-analyse^{3,4,5,6}

Daarmee lijken de ziekenhuizen binnen de financiële afspraken van het hoofdlijnenakkoord te zijn gebleven. Het gaat hierbij om een voorlopig beeld op basis van de omzetcijfers van de algemene ziekenhuizen, terwijl zorguitgaven uiteindelijk worden bepaald op basis van de schadelastcijfers van de zorgverzekeraars. In 2015 was sprake van overschrijding ten opzichte van de afspraken in het hoofdlijnenakkoord.

De volumegroei van alleen DBC's (inclusief los declarabele productie) en dure geneesmiddelen bedroeg in 2016 1,7%⁷ ten opzichte van 2015, exclusief loon- en prijsstijgingen. Dit betreft slechts een deel van de omzet, het is namelijk een bedrag zonder subsidies en overige inkomsten. De volumegroei is een aanwijzing dat de zorgvraag en de productie in de ziekenhuizen door onder andere vergrijzing en innovaties aan het toenemen is.

³ Op basis van NZa maximumtarieven. Inclusief prijseffecten.

⁴ DBC-opbrengsten inclusief i) Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten en/of subsidies; ii) Opbrengsten uit hoofde van te verrekenen transitiebedrag en garantieregeling; iii) Honorarium opbrengsten medisch specialisten; iv) Mutatie onderhanden werk; en exclusief verschillen in lonen en prijzen en exclusief dure geneesmiddelen.

⁵ Exclusief prijsverandering dure geneesmiddelen.

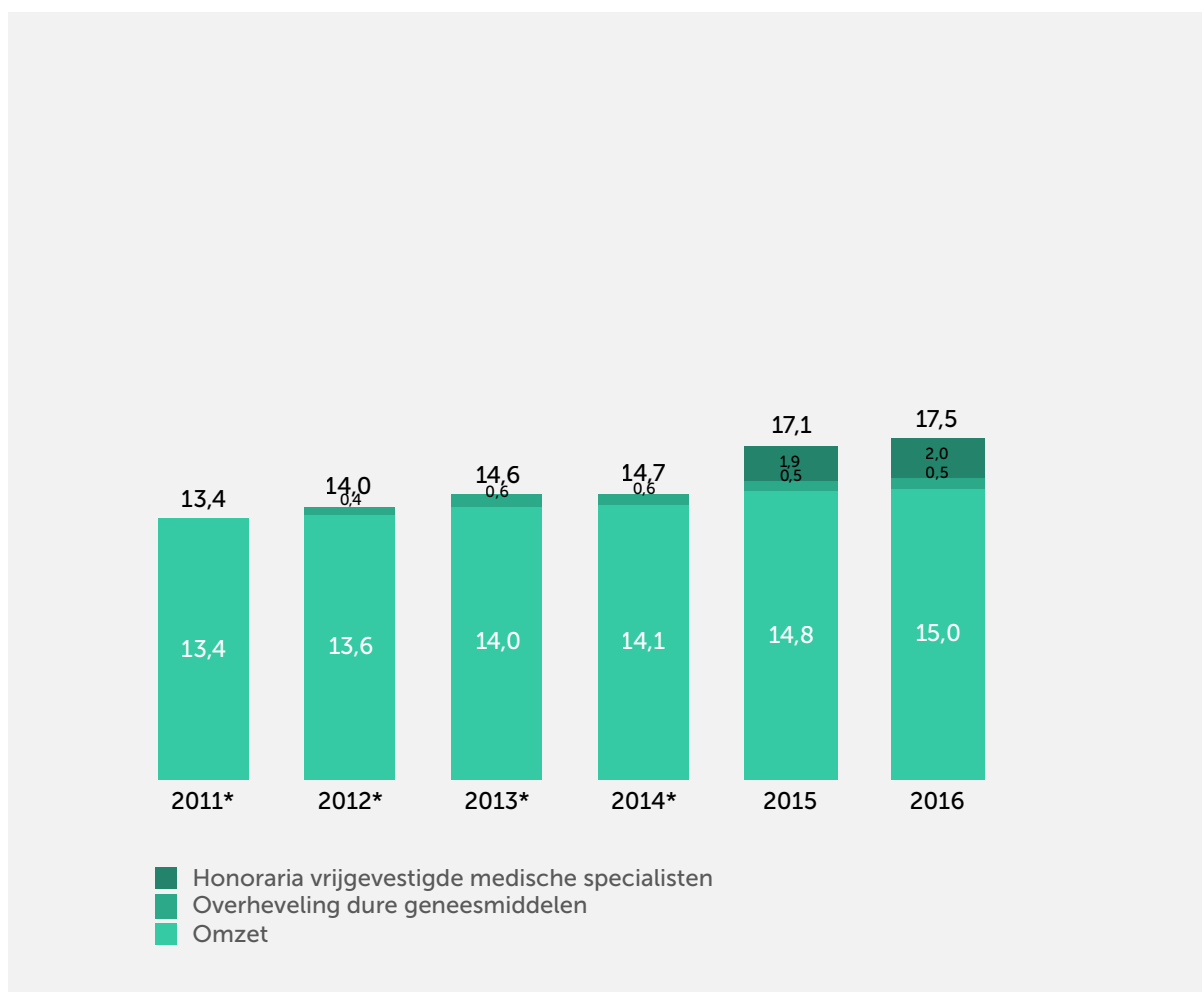
⁶ Overig: Omzet mutaties in overige bedrijfsopbrengsten, niet-gebudgetteerde zorgprestaties, correctie bekend budget voorgaande jaren en opleidingsfonds.

⁷ 1,7% = 1,0% omzetgroei door volumestijging DBC's + 0,6% omzetgroei dure geneesmiddelen + 0,1% door noemereffect door bepaling op basis van DBC-opbrengsten in plaats van totale omzet en prijseffecten.

In het Rapport Kostenontwikkeling Ziekenhuiszorg 2016 dat DHD eind 2017 uitbrengt, wordt de groei van de schadelast geanalyseerd op basis van productiecijfers en contractafspraken tussen ziekenhuizen en verzekeraars.

De totale omzet is in 2015 mede gestegen door de invoering van integrale tarieven. Vanaf dat jaar worden de honoraria van de vrijgevestigde medische specialisten in de jaarrekeningen gerekend tot de omzet.

Figuur 5.2: Totale omzet algemene ziekenhuizen (€ miljard)



Bron: 2015 - 2016 jaarrekeningen, BDO, LBZ, DHD-analyse⁸, * 2011 - 2014 DigiMV en jaarrekeningen

⁸ Cijfers zijn gebaseerd op de jaarrekeningen van 65 van de 67 ziekenhuizen. Voor twee ziekenhuizen ontbreken de cijfers over 2016, hiervoor is uitgegaan van de cijfers over 2015 verhoogd met 1% als veronderstelde groei. Zie ook de bijlage *Toelichting op bronnen en analyses*.

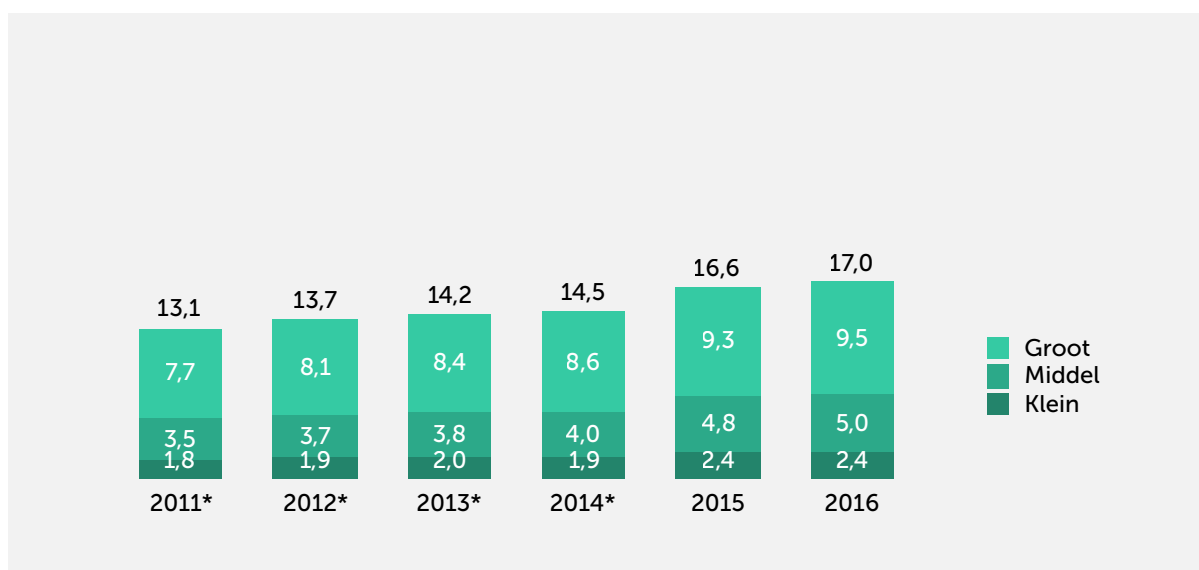
5.2 Kosten

De kosten van de algemene ziekenhuizen zijn in 2016 met €400 miljoen (2,4%) toegenomen. Deze toename is hoger dan de stijging van de totale omzet. Per saldo heeft dit geleid tot een daling van het bedrijfsresultaat en het resultaat (Figuur 5.8 en Figuur 5.9).

De totale kosten zijn in 2016 met name gestegen bij de grote en middelgrote ziekenhuizen, de kosten van kleinere ziekenhuizen zijn stabiel gebleven.

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

Figuur 5.3: Totale kosten algemene ziekenhuizen naar categorie ziekenhuis (€ miljard)



Bron: 2015 - 2016 jaarrekeningen, BDO, DHD-analyse⁹, * 2011 - 2014 DigiMV en EJZ

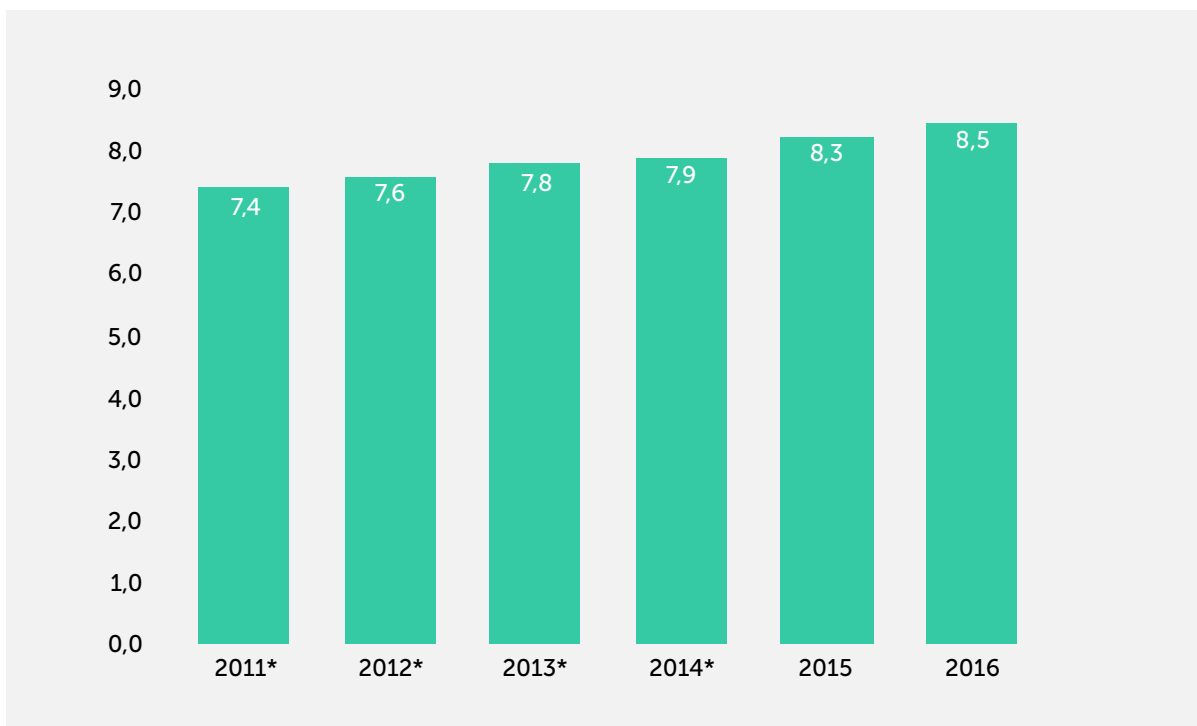
Voor uitsplitsing van kosten, zie de volgende twee paragrafen.

⁹ Cijfers zijn gebaseerd op de jaarrekeningen van 65 van de 67 ziekenhuizen. Voor twee ziekenhuizen ontbreken de cijfers over 2016, hiervoor is uitgegaan van de cijfers over 2015 verhoogd met 1% als veronderstelde groei. De indeling in kleine, middelgrote en grote ziekenhuizen is gebaseerd op de omzet in 2016 en bestaat per groep uit respectievelijk 23, 22 en 22 ziekenhuizen. De indeling is veranderd ten opzichte van het vorige brancherapport. Voor de periode 2011 – 2014 is de indeling van het vorige brancherapport aangehouden.

Personeelskosten

De personeelskosten zijn in de afgelopen zes jaar met gemiddeld 2,7% per jaar toegenomen. In 2015 zijn de personeelskosten relatief sterk toegenomen, dit is deels het gevolg van het uitblijven van de cao in 2014. De onderhandelingen over de cao zijn pas in 2015 afgerond en geëffectueerd.

Figuur 5.4: Totale personeelskosten algemene ziekenhuizen (€ miljard)

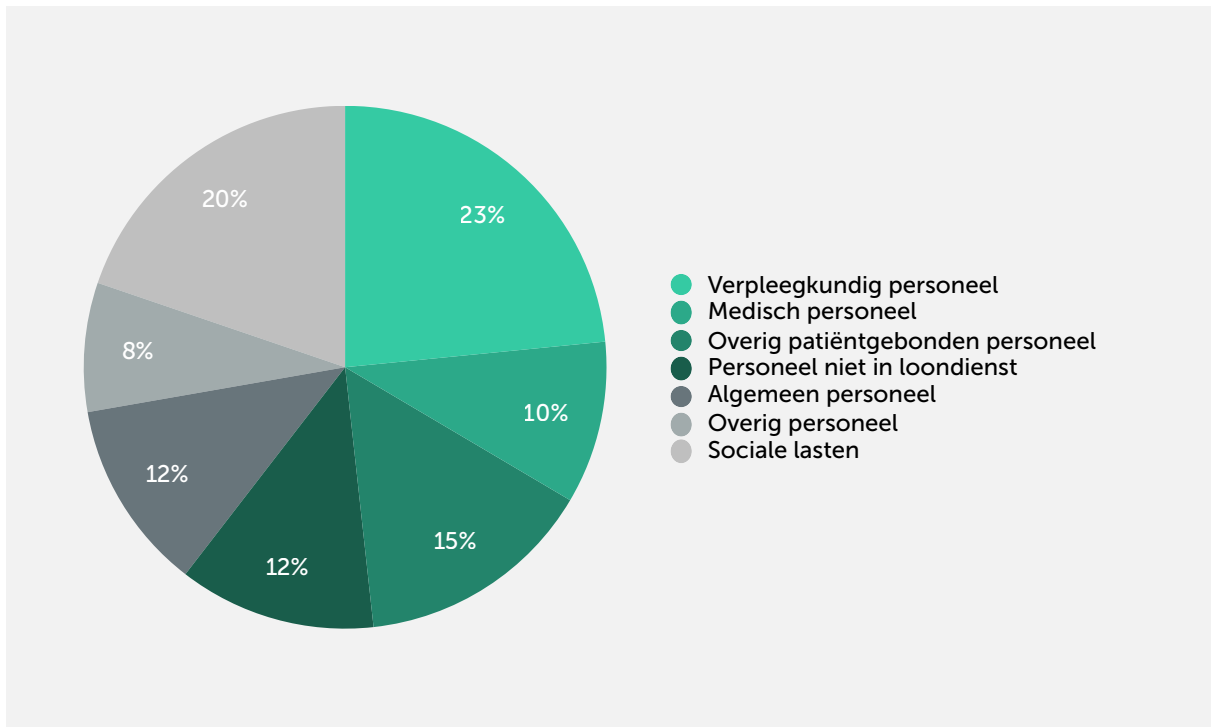


Bron: 2015 - 2016 jaarrekeningen, BDO, DHD-analyse¹⁰, * 2011 - 2014 EJZ en jaarrekeningen

¹⁰ Cijfers zijn gebaseerd op de jaarrekeningen van 65 van de 67 ziekenhuizen. Voor twee ziekenhuizen ontbreken de cijfers over 2016, hiervoor is uitgegaan van de cijfers over 2015 verhoogd met 1% als veronderstelde groei.

In onderstaande figuur is de verdeling van personeelskosten weergegeven in 2016.

Figuur 5.5: Aandeel personeelskosten algemene ziekenhuizen in 2016 (%)



Bron: EJZ¹¹

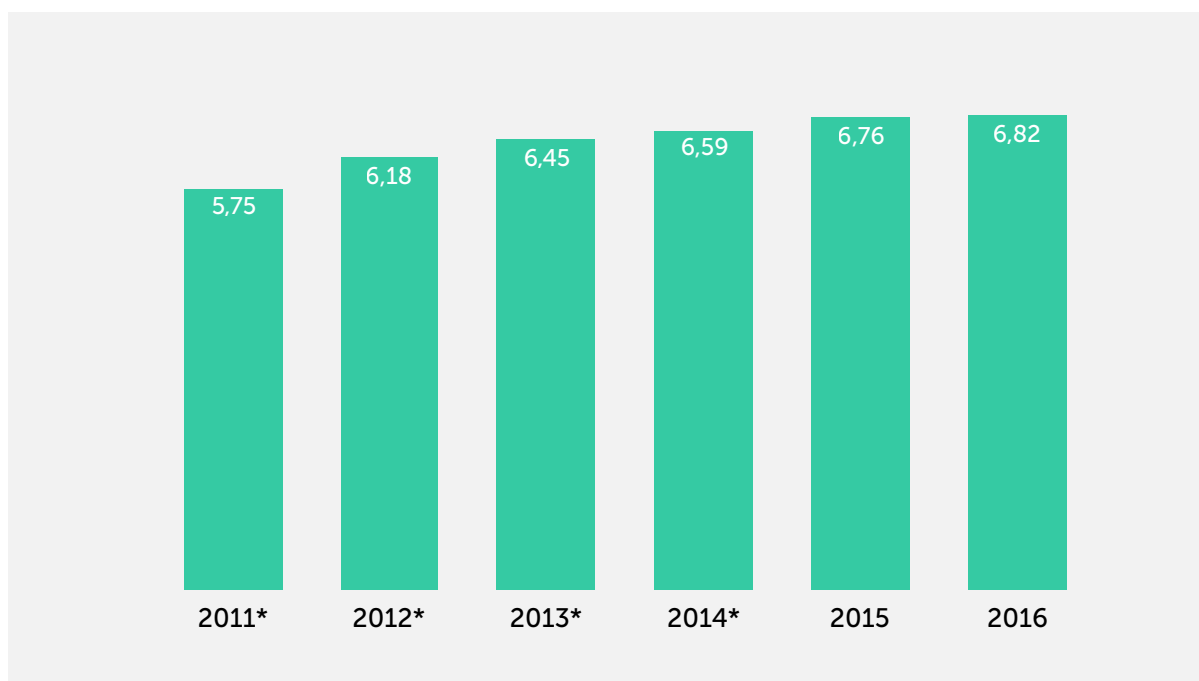


¹¹ Op basis van 50 algemene ziekenhuizen.

Overige kosten

De overige kosten – naast de personeelskosten en honoraria – bedroegen €6,8 miljard in 2016. Dit betreft een beperkte stijging (0,8%) ten opzichte van 2015.

Figuur 5.6: Overige kosten algemene ziekenhuizen (€ miljard)

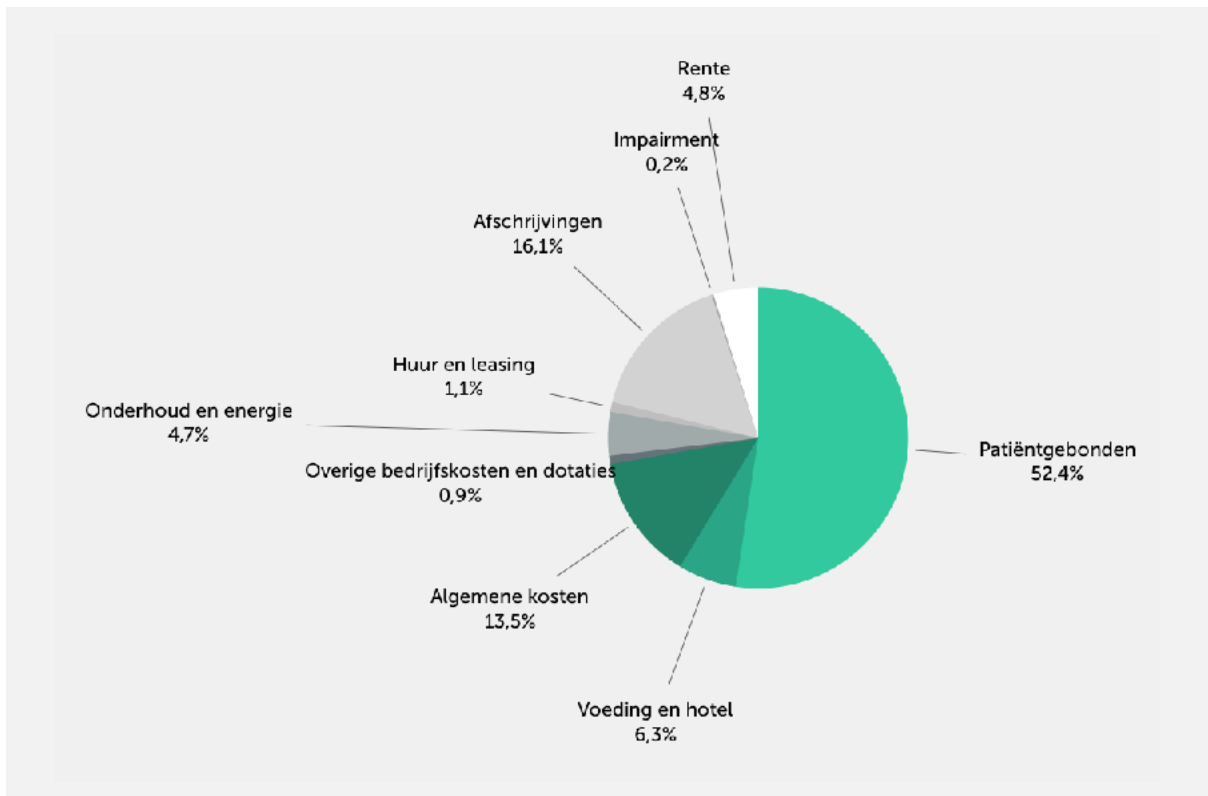


Bron: 2015 - 2016 jaarrekeningen, BDO, DHD-analyse¹², * 2011 - 2014 op basis van EJZ

¹² Cijfers zijn gebaseerd op de jaarrekeningen van 65 van de 67 ziekenhuizen. Voor twee ziekenhuizen ontbreken de cijfers over 2016, hiervoor is uitgegaan van de cijfers over 2015 verhoogd met 1% als veronderstelde groei.

De verdeling van overige kosten was relatief stabiel ten opzichte van 2015. Het aandeel patiëntgebonden kosten is 1,3 procentpunt gestegen.

Figuur 5.7: Uitsplitsing totale overige kosten algemene ziekenhuizen in 2016 (%)



Bron: Jaarrekeningen, BDO, DHD-analyse¹³

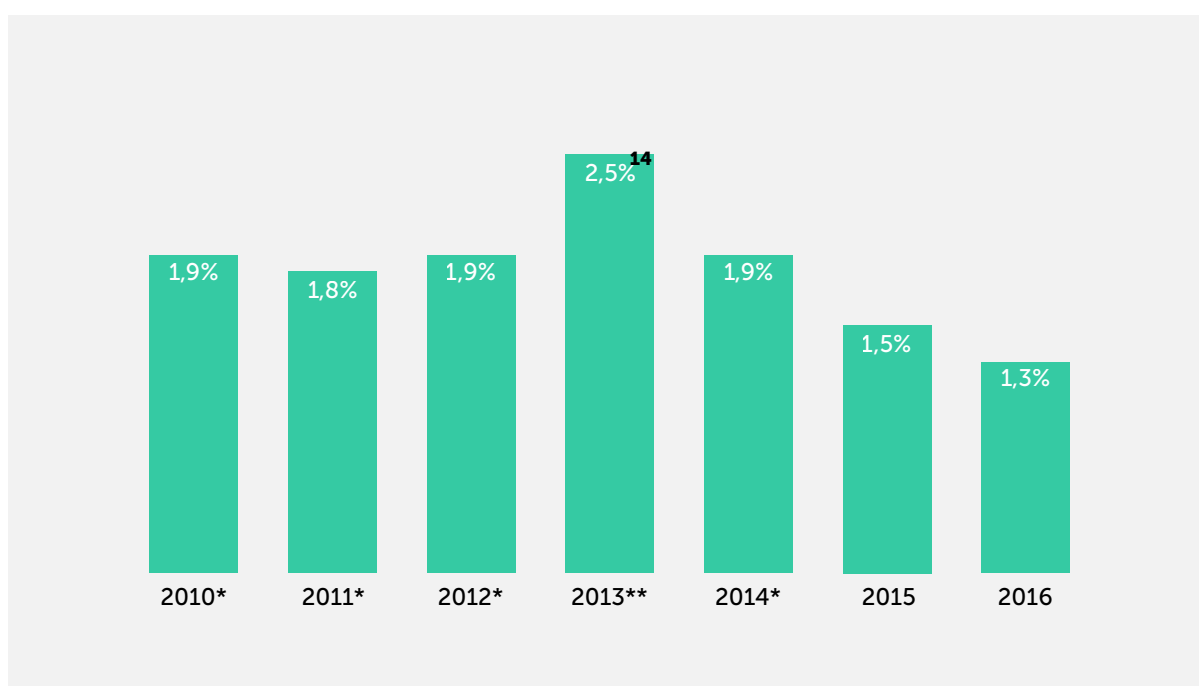
¹³ Op basis van 65 van de 67 ziekenhuizen.

5.3 Resultaat

Het resultaat als percentage van de omzet was in 2016 gemiddeld 1,3%. Dit is het laagste niveau in de afgelopen zeven jaar. In de periode 2010 - 2014 bedroeg het resultaat 1,8% - 1,9% van de omzet¹⁴. Het resultaat is tevens ruimschoots lager dan het niveau van minimaal 2,5% dat past bij een private, deels gereguleerde markt voor ziekenhuizen¹⁵.

Van de 67 algemene ziekenhuizen hadden er zeven een negatief resultaat in 2016.

Figuur 5.8: Resultaat algemene ziekenhuizen (als % omzet)



Bron: 2015 - 2016 jaarrekeningen, BDO, DHD-analyse¹⁶, * 2010 - 2014 DigiMV en jaarrekeningen

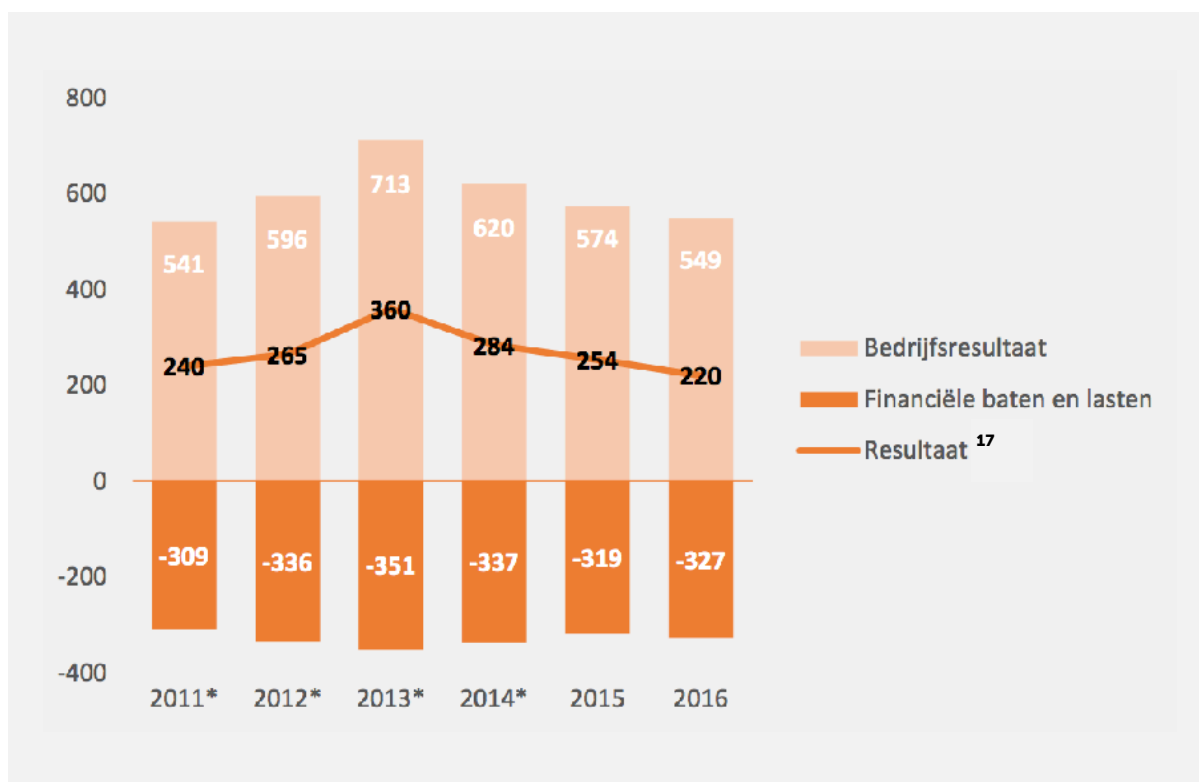
¹⁴ In 2013 was het resultaat hoger door de tijdelijke transitiegelden.

¹⁵ Analyse SIRM, zie brancherapport algemene ziekenhuizen 2013.

¹⁶ Cijfers zijn gebaseerd op de jaarrekeningen van de 67 ziekenhuizen in 2015 en op de jaarrekeningen van 65 van de 67 ziekenhuizen in 2016.

Het totale resultaat van de algemene ziekenhuizen bedroeg €220 miljoen in 2016 en is €33 miljoen (13,1%) lager dan in 2015. Dit komt doordat de kosten meer zijn gestegen dan de omzet en doordat het saldo van financiële lasten is toegenomen.

Figuur 5.9: Resultaat algemene ziekenhuizen (€ miljoen)



Bron: 2015 - 2016 jaarrekeningen, BDO, DHD-analyse, * 2011 - 2014 DigiMV en jaarrekeningen^{17, 18}

¹⁷ Belastingen resultaat, saldo buitengewone baten en lasten, aandeel derden en resultaat deelneming zijn niet getoond in deze figuur. Deze posten bedroegen in totaal €1,6 miljoen in 2015 en €1,3 miljoen in 2016.

¹⁸ Cijfers zijn gebaseerd op de jaarrekeningen van 65 van de 67 ziekenhuizen. Voor twee ziekenhuizen ontbreken de cijfers over 2016, hiervoor is uitgegaan van de cijfers over 2015 verhoogd met 1% als veronderstelde groei.

Zeven algemene ziekenhuizen hadden een negatief resultaat in 2016¹⁹. Het betrof vier kleinere ziekenhuizen. In de periode 2010 - 2015 varieerde dit aantal van vier tot acht.²⁰ Ook waren er in 2016 drie grote ziekenhuizen met een negatief resultaat, het hoogste aantal in de afgelopen zeven jaar.

Figuur 5.10: Resultaat per ziekenhuis in 2016 (als % omzet)



Bron: jaarrekeningen, BDO, DHD-analyse^{21, 22}

¹⁹ Dit betreft 65 ziekenhuizen die een jaarverslag hebben gepubliceerd en één ziekenhuis dat cijfers bekend heeft gemaakt, maar nog geen jaarverslag heeft gepubliceerd (deze is niet getoond in de grafiek). Verder zijn voor een ander ziekenhuis nog geen resultaten bekend, maar er is wel aangegeven dat uitstel van publicatie geen financiële oorzaak heeft.

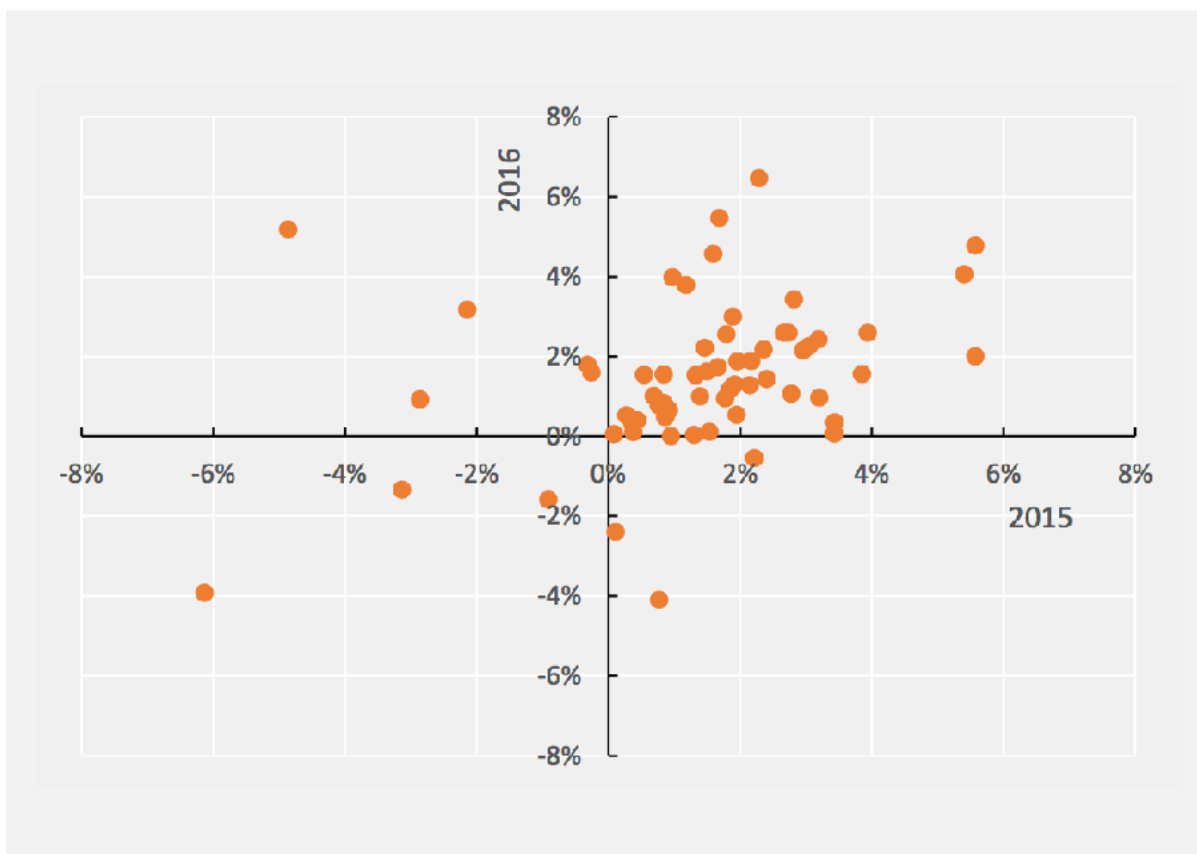
²⁰ Zie ook het NVZ brancherapport 2016.

²¹ Op basis van 65 van de 67 algemene ziekenhuizen en acht umc's.

²² Het resultaat van één ziekenhuis is eenmalig hoger (14% van omzet) als gevolg van het kwijtschelden van leningen door coöperatieleden in 2016.

Bij drie van de zeven ziekenhuizen met een negatief resultaat in 2016 was er sprake van nieuwbouw of renovatie, waardoor de hogere lasten (rente en afschrijvingen) het resultaat negatief hebben beïnvloed.

Figuur 5.11: Resultaat algemene ziekenhuizen in 2015 en 2016 (als % omzet)



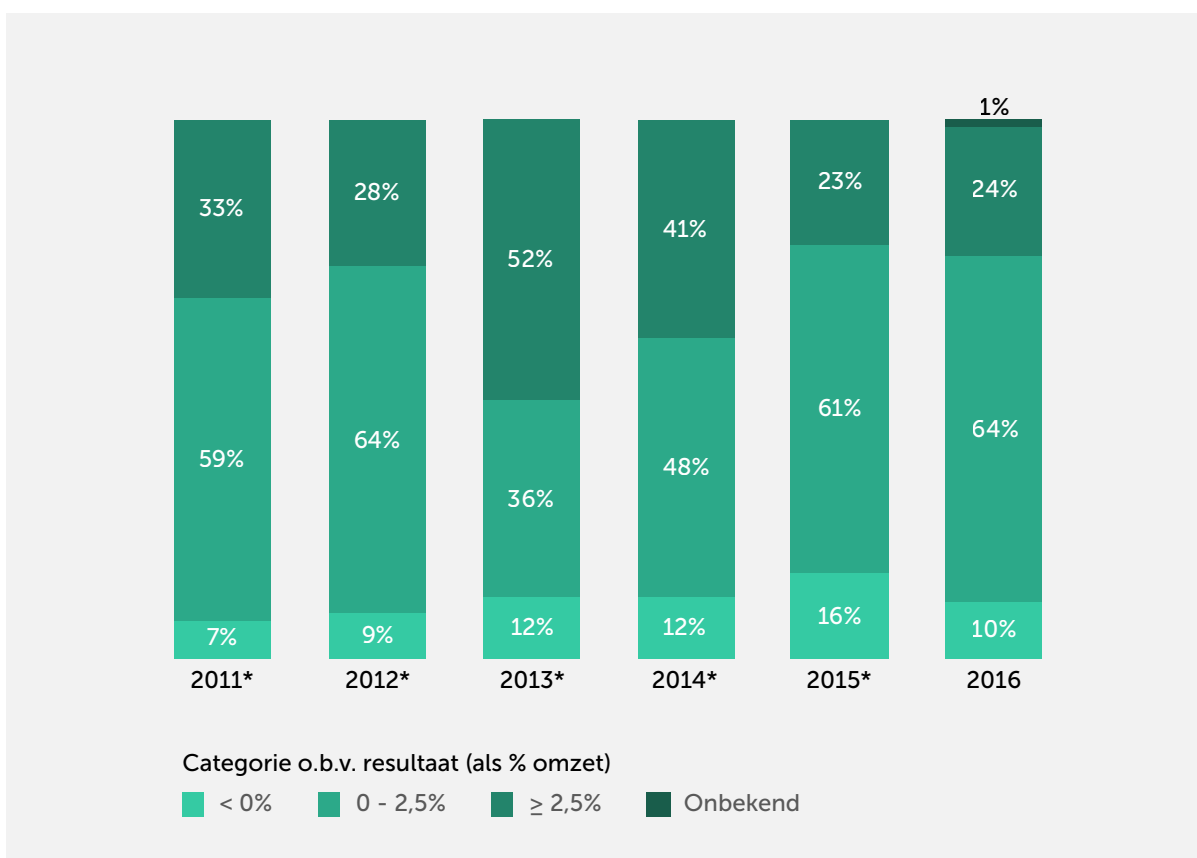
Bron: Jaarrekeningen, BDO, DHD-analyse²³

²³ Op basis van 64 van de 67 ziekenhuizen.

Het aantal ziekenhuizen met een negatief resultaat was 10% in 2016 en ligt daarmee rond het niveau van de periode 2012 - 2014. Van één ziekenhuis zijn nog geen gegevens bekend (zie ook voetnoot 1 op de vorige pagina).

Het aantal algemene ziekenhuizen met een resultaat (als % van de omzet) boven de 2,5% is vergelijkbaar met 2015, maar is beduidend lager dan in de periode 2011 - 2014.

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



Bron: 2016 jaarrekeningen, BDO, Skipr, DHD-analyse²⁴, * 2011 - 2015 DigiMV en jaarrekeningen

²⁴ Op basis van 67 ziekenhuizen in 2016, waarvan één onbekend.

5.4 Balans

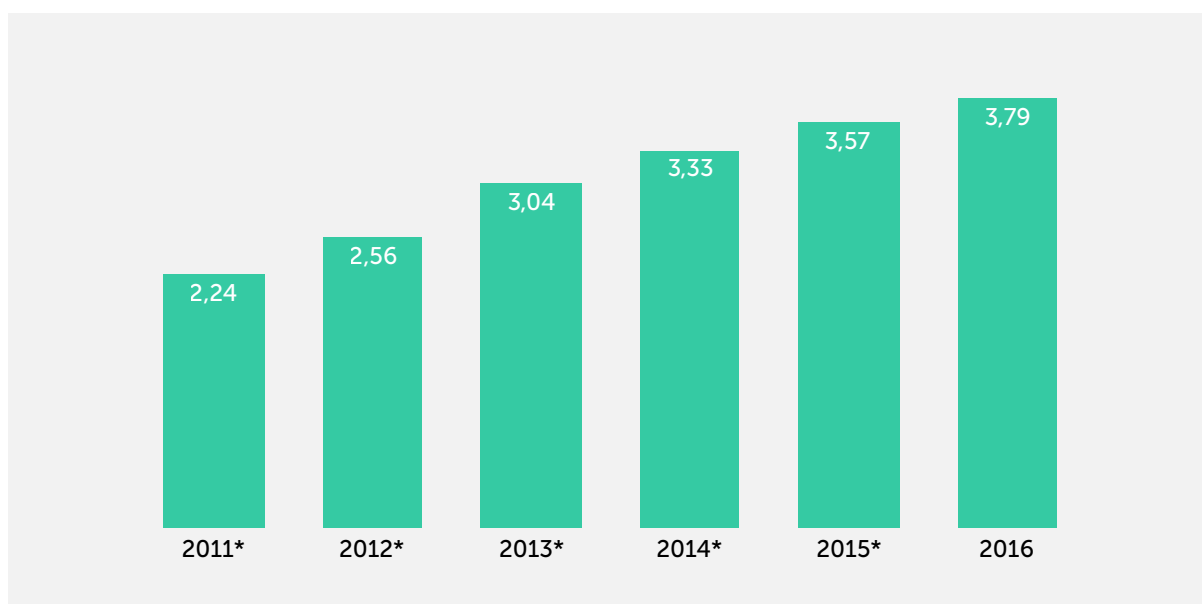
Eigen vermogen

Het totale eigen vermogen van de algemene ziekenhuizen is in 2016 verder toegenomen naar €3,79 miljard door de toevoeging van het resultaat (zie onderstaande figuur en Figuur 5.9). De gemiddelde solvabiliteit is hierdoor verder gestegen (zie Figuur 5.16) en hiermee is de financiële positie van de algemene ziekenhuizen verstevigd.

Hoewel de gemiddelde solvabiliteit hiermee boven het streefniveau van minimaal 20% van het balanstotaal ligt (zie Figuur 5.16) zijn er achttien ziekenhuizen met een solvabiliteit van minder dan 20% (zie Figuur 5.18).

Verder betreft de toename van het totale eigen vermogen de laagste toename van de afgelopen vijf jaar. Hiermee kost het veel tijd voor ziekenhuizen om reserves op te bouwen na een financiële tegenvaller.

Figuur 5.13: Eigen vermogen (€ miljard)



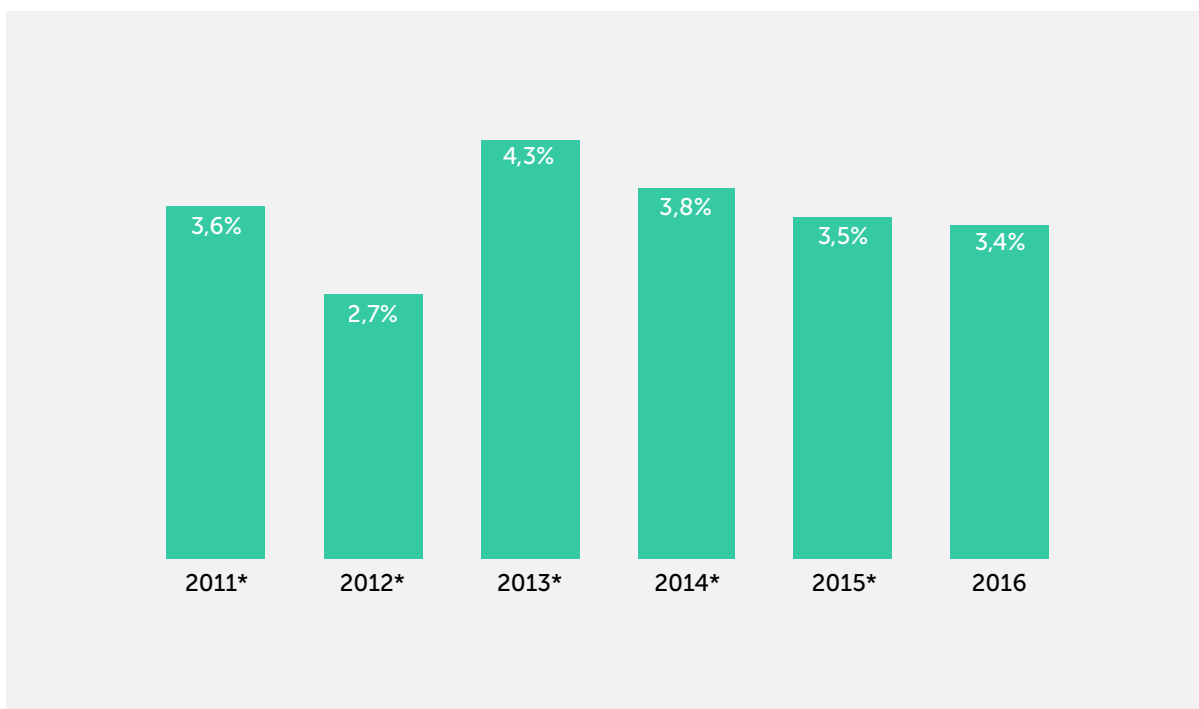
Bron: 2016 jaarrekeningen, BDO, DHD-analyse²⁵, * 2011 - 2015 DigiMV en jaarrekeningen

²⁵ Cijfers zijn gebaseerd op de jaarrekeningen van 65 van de 67 ziekenhuizen. Voor twee ziekenhuizen ontbreken de cijfers over 2016, hiervoor is uitgegaan van de cijfers over 2015 verhoogd met 1% als veronderstelde groei.

Rentabiliteit

De rentabiliteit is het bedrijfsresultaat²⁶ als percentage van het totaal vermogen (totale activa of balanstotaal). De rentabiliteit is in 2016 gedaald naar een gemiddelde van 3,4%.

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



Bron: 2016 jaarrekeningen, BDO, DHD-analyse²⁷, * 2011 - 2015 DigiMV en jaarrekeningen

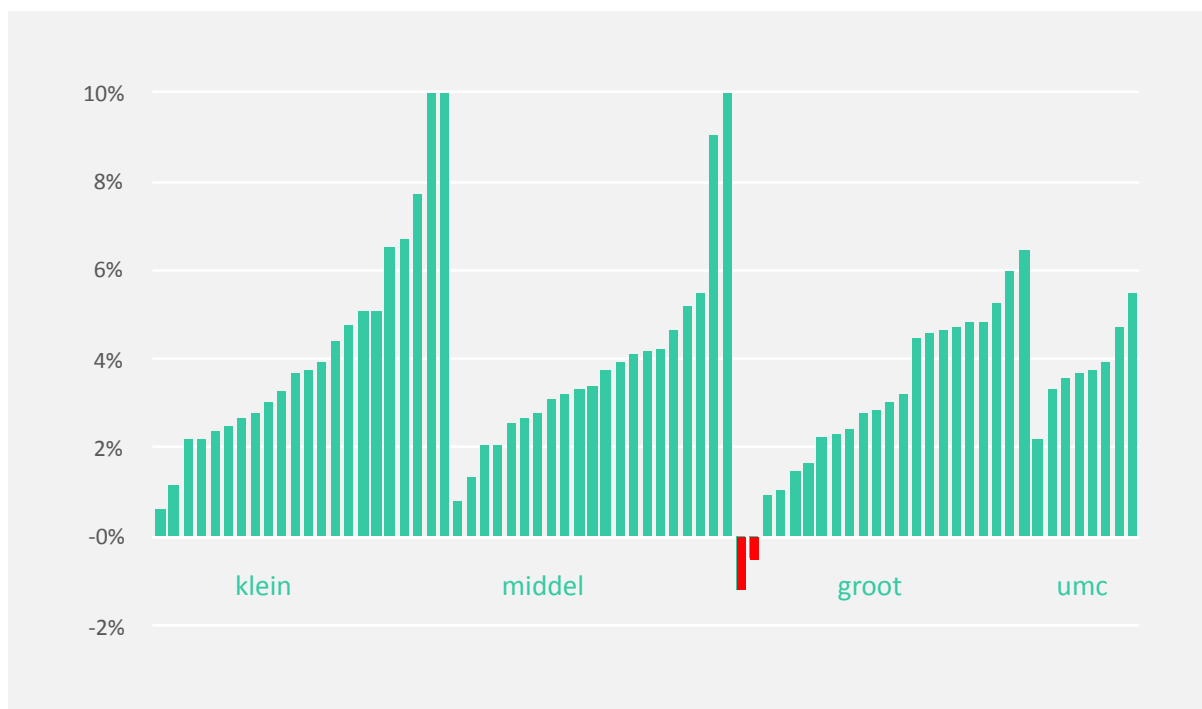


²⁶ Het resultaat voor aftrek van financieel resultaat en buiter

²⁷ Op basis van 65 van de 67 ziekenhuizen.

De rentabiliteit kende een sterke spreiding, vooral bij de kleinere en middelgrote ziekenhuizen. Twee grote ziekenhuizen hadden in 2016 een negatief bedrijfsresultaat en daarmee een negatieve rentabiliteit.

Figuur 5.15: Rentabiliteit ziekenhuizen in 2016 (bedrijfsresultaat als % van totaal vermogen)



Bron: jaarrekeningen, BDO, DHD-analyse^{28, 29}

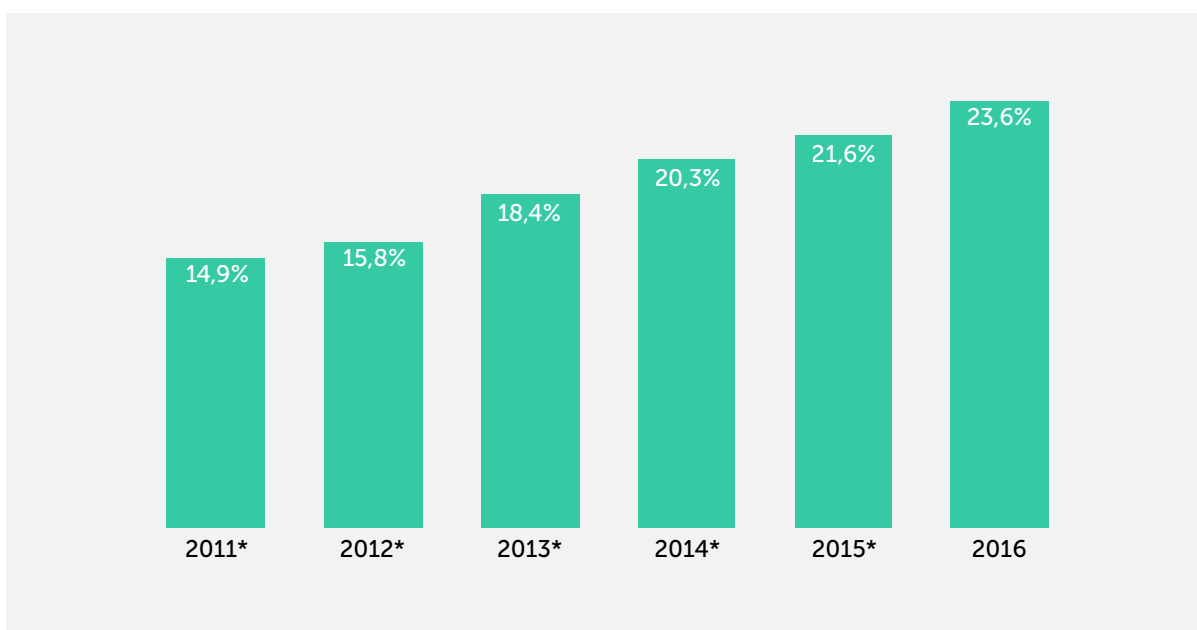
²⁸ Op basis van 65 van de 67 algemene ziekenhuizen en acht umc's.

²⁹ De rentabiliteit van één ziekenhuis is eenmalig hoger (16,9%) als gevolg van het kwijtschelden van leningen door coöperatieleden in 2016.

Solvabiliteit en weerstandsvermogen

De solvabiliteit is het eigen vermogen gedeeld door het totaal vermogen. De gemiddelde solvabiliteit van de algemene ziekenhuizen is in 2016 verder toegenomen naar 23,6%. De stijging wordt veroorzaakt door de toename van het eigen vermogen – de laagste toename in de afgelopen vijf jaar – en door een afname van het balanstotaal.

Figuur 5.16: Solvabiliteit (eigen vermogen/totaal vermogen)



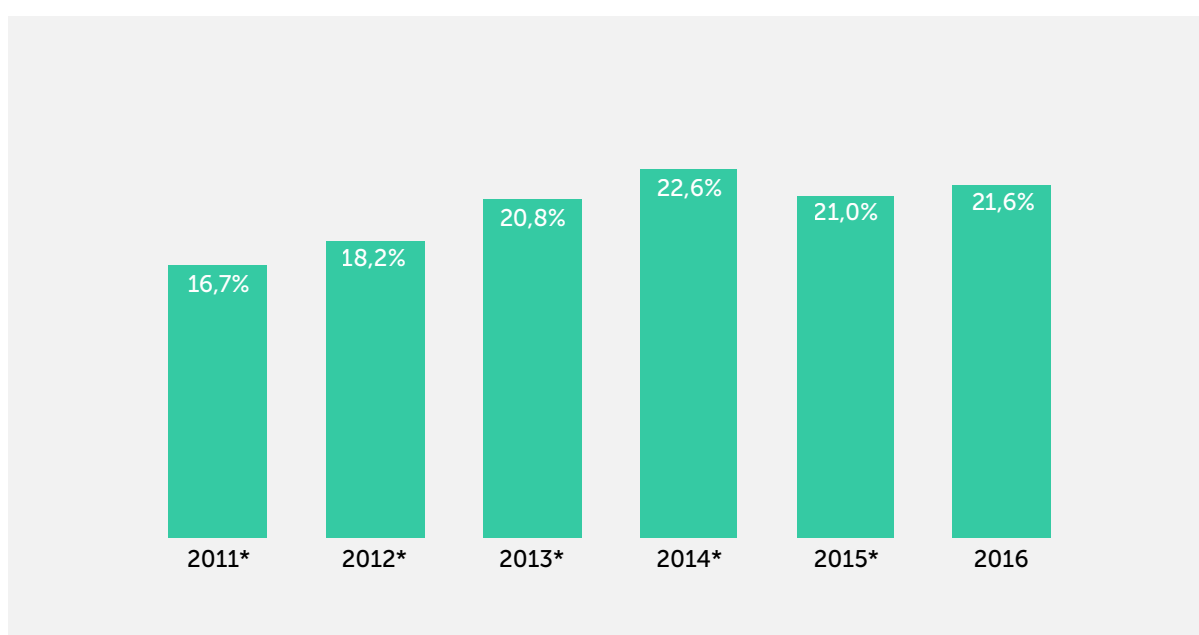
Bron: 2016 jaarrekeningen, BDO, DHD-analyse³⁰, * 2011 - 2015 DigiMV en jaarrekeningen

³⁰ Op basis van 65 van de 67 algemene ziekenhuizen.

Het weerstandsvermogen is het eigen vermogen gedeeld door de totale omzet. Momenteel wordt als streefnorm voor het weerstandsvermogen 20 - 25% gevraagd door de financiële sector en het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ). Het gemiddelde weerstandsvermogen bedroeg 21,6% aan het eind van 2016, waardoor er sprake is van een lichte stijging ten opzichte van 2015.

De daling van het weerstandsvermogen in 2015 wordt verklaard doordat vanaf dat jaar de honoraria van medisch specialisten tot de omzet worden gerekend.

Figuur 5.17: Weerstandsvermogen (eigen vermogen/totale omzet)



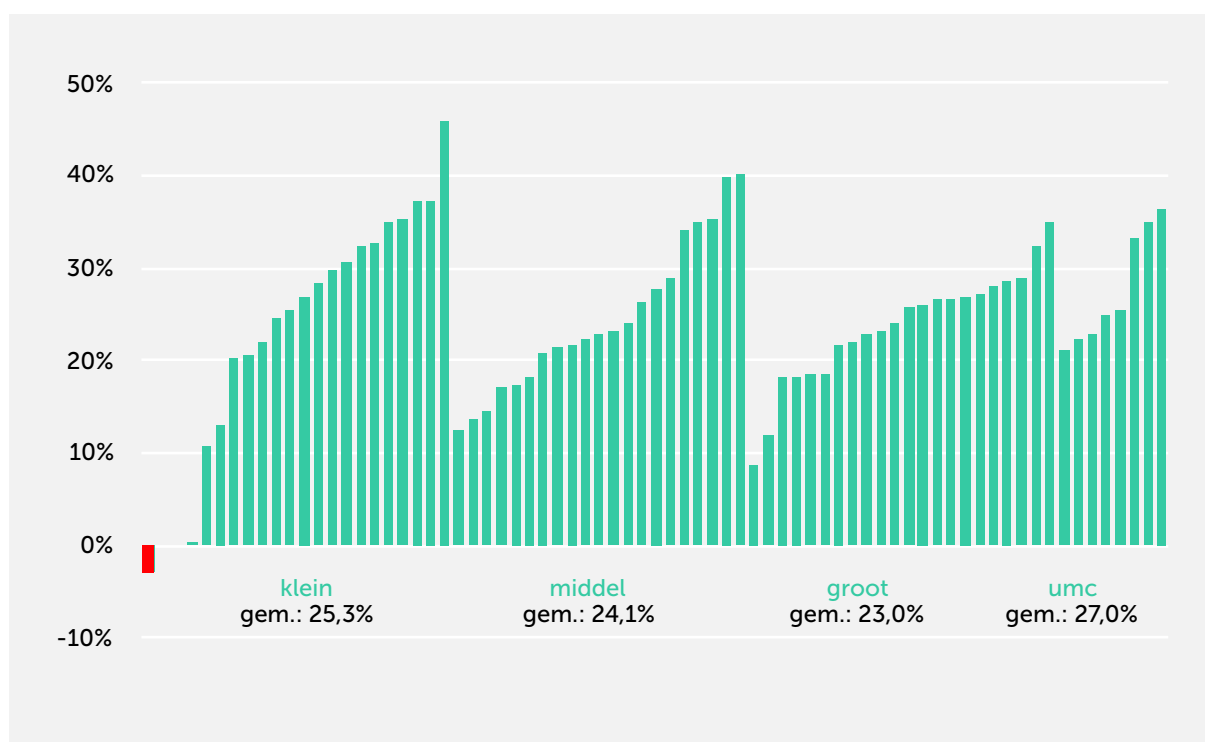
Bron: 2016 jaarrekeningen, BDO, DHD-analyse³¹, * 2011 - 2015 DigiMV en jaarrekeningen

³¹ Op basis van 65 van 67 algemene ziekenhuizen.

Per eind 2016 hadden 47 algemene ziekenhuizen een solvabiliteit van meer dan 20%. Achttien ziekenhuizen hadden een solvabiliteit van minder dan 20%. De solvabiliteit varieerde vooral bij de kleinere ziekenhuizen.

Meerdere ziekenhuizen met een lage solvabiliteit hebben in het jaarverslag aangegeven dat ze een nieuw strategisch plan of een herstelplan hebben ingezet. Bij deze ziekenhuizen zijn verschillende maatregelen genomen, variërend van een reorganisatie, een vacature- en investeringsstop, het kwijtschelden van leningen door coöperatieleden, extra bijdragen van zorgverzekeraars en/of een overname van het ziekenhuis. Ziekenhuizen met een lage solvabiliteit spreken de verwachting uit dat het eigen vermogen zal toenemen, maar ook dat het een aantal jaren zal duren voordat een goede solvabiliteit wordt behaald. Er zijn ook ziekenhuizen die onderdeel zijn van een grotere groep, waarbij de groep als geheel wel een hogere solvabiliteit heeft.

Figuur 5.18: Solvabiliteit per ziekenhuis in 2016 (eigen vermogen/totaal vermogen)



Bron: jaarrekeningen, BDO, DHD-analyse³²

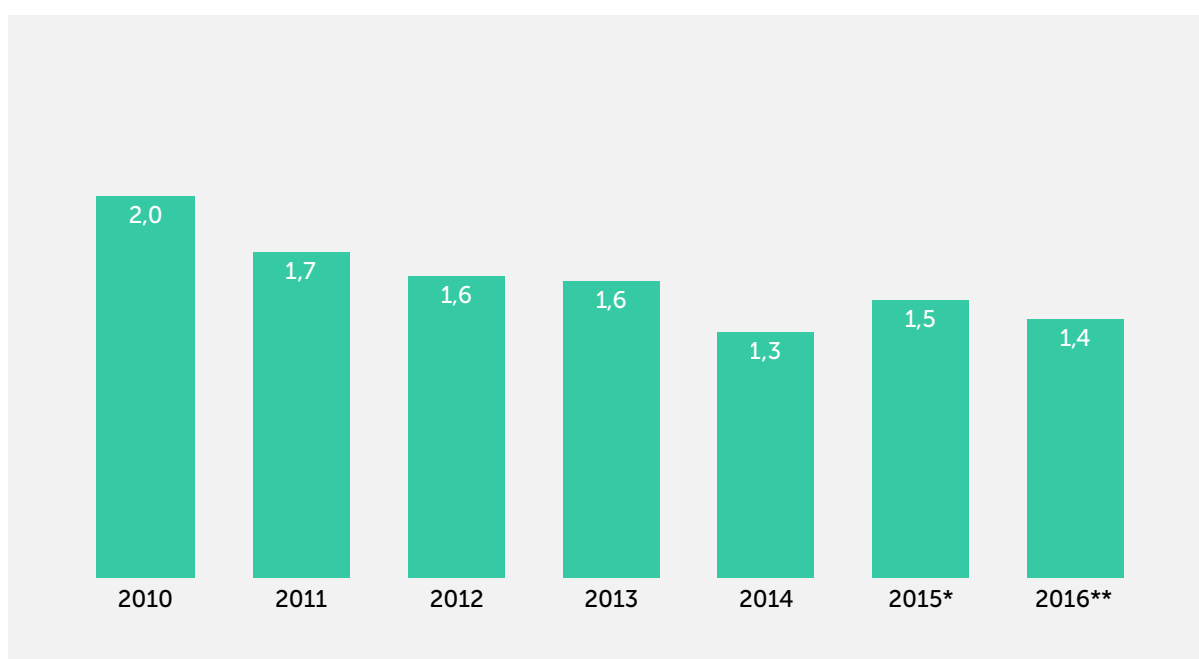
³² Op basis van 65 van de 67 algemene ziekenhuizen en acht umc's.

Investeringsen

Investeringsen in materiële vaste activa door algemene ziekenhuizen bedroegen €1,5 miljard in 2015 en €1,4 miljard in 2016. Hiermee zijn de investeringen gestabiliseerd op een niveau dat ruim 30% lager ligt dan in 2010.

Bij de categorale ziekenhuizen schommelden de investeringen tussen 2010 en 2015 rond de €100 miljoen per jaar.

Figuur 5.19: Investeringsen algemene ziekenhuizen (€ miljard)



Bron: CBS, * 2015 voorlopige cijfers, ** 2016 jaarrekeningsen, BDO, DHD analyse³³

³³ Cijfers uit jaarrekeningsen over 2016 op basis van 65 van de 67 algemene ziekenhuizen.

Toelichting op bronnen en analyses

In dit rapport zijn telkens de meest recente gegevens gebruikt. Dit betreft met name gegevens over 2016, maar wanneer deze niet beschikbaar zijn of wanneer vergelijkingen gemaakt worden ook gegevens uit eerdere jaren.

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

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

Er kunnen verschillen bestaan tussen gegevens uit dit brancherapport en het vorige rapport. Dit is deels te verklaren doordat voorlopige historische informatie inmiddels is gewijzigd of doordat gebruik is gemaakt van andere methoden en/of bronnen.

Trefwoordenlijst

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

SEH	Spoedeisende hulpafdeling
StAZ	Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen
umc	Universitair medisch centrum
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
WFZ	Waarborgfonds voor de Zorgsector
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning