

25 JAAR PATIËNT IN BEELD

Brancherapport
algemene ziekenhuizen 2016





Colofon

Uitgave

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

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
Oudlaan 4
Postbus 9696
3506 GR Utrecht
030 2739 883

Kiwa Charity
Nevelgaarde 50
3436 ZZ Nieuwegein
088 9983 005

Vormgeving

Total Public, Den Haag

©2016 Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
25 jaar patiënt in beeld	7
1.1 Inleiding	7
1.2 Trends in gezondheid, leefstijl, kenmerken en rol van de patiënt	8
1.3 Trends in diagnose en behandeling	17
1.4 Trends in gastvrijheid en toegankelijkheid	21
1.5 Cases	26
Zorg in perspectief	47
2.1 Inleiding	47
2.2 Uitgaven zorg & welzijn in Nederland	48
2.3 Financiering zorg & welzijn in Nederland	49
2.4 Groei van de zorguitgaven	50
2.5 Algemene ziekenhuizen en medisch-specialistische zorg	52
2.6 Betaalbaarheid	55
2.7 Spreiding ziekenhuizen	56
Werken in ziekenhuizen	59
3.1 Inleiding	59
3.2 Werkgelegenheid in ziekenhuizen	59
3.3 Personeel in algemene ziekenhuizen	61
3.4 Omvang personeel naar functie en functiegroep	62
3.5 Medisch specialisten	64
3.6 Opleidingen	66
3.7 Kenmerken van het personeel	67
3.8 Werkbeleving	69
3.9 Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuiszorg	72
Geleverde zorg in ziekenhuizen	75
4.1 Inleiding	75
4.2 DBC's en operatieve verrichtingen	76
4.3 Eerste polikliniekbezoeken	76
4.4 Dagbehandelingen en observaties	77
4.5 Klinische opnamen (exclusief eendaagse opnamen)	78
4.6 Verpleegdagen (bij meerdaagse opnamen)	78
4.7 Gemiddelde verpleegduur	79
Financiën	
5.1 Inleiding	81
5.2 Omzet	82
5.3 Kosten	86
5.4 Resultaat	91
5.5 Balans	94

Voorwoord

Dit jaar, waarin de NVZ 25 jaar bestaat, is de focus gericht op de patiënt. Daarom onderzoeken we in dit brancherapport niet alleen aspecten van onze patiënten anno 2016, maar ook hoe dat verschilt ten opzichte van 25 jaar geleden. Er is heel veel veranderd. De levensverwachting is gestegen, en daarmee de leeftijd van onze patiënten, wachtlijsten zijn sterk verminderd, medische technologie is verbeterd, de gastvrijheid is toegenomen en de kennis van de patiënt is mede als gevolg van internet en social media vergroot.

Natuurlijk treft u in dit rapport ook weer informatie aan over de financiering en de geleverde zorg van onze leden. Zoals afgesproken in het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord, bedraagt de jaarlijkse groei inmiddels 1%. Gemiddeld is de solvabiliteit (opnieuw) gestegen. Na een jarenlange daling, geven de cijfers uit dit brancherapport een stabilisatie van de verpleegduur aan. Ten aanzien van werken in ziekenhuizen is het opvallend om te zien dat in Nederland het aantal medisch specialisten in loondienst in 2015 inmiddels hoger is dan het aantal vrijgevestigde medisch specialisten.

Wij hopen dat u het brancherapport met veel interesse zult lezen.

Yvonne van Rooy
voorzitter



- De levensverwachting bij geboorte is in de afgelopen 25 jaar bij mannen met 5,4 jaar toegenomen en bij vrouwen met 2,8 jaar.
- De levensverwachting in goed ervaren gezondheid is vooral bij mannen sterk toegenomen.
- Eigen regie, zelfmanagement, gezamenlijke besluitvorming rond behandelkeuzen, bewuste keuze voor zorgaanbieders zijn begrippen die 25 jaar geleden nauwelijks speelden en tegenwoordig niet meer weg te denken zijn in de manier waarop patiënten betrokken zijn bij hun behandeling.
- De leeftijd waarop patiënten nog behandeld kunnen worden is gestegen.
- Wachlijsten zijn in de afgelopen 20 jaar sterk gereduceerd.
- Het aantal ziekenhuizen is tussen 1972 en 1992 sterker gedaald dan tussen 1992 en 2015.

1 25 JAAR

patiënt in beeld

1.1 Inleiding

De patiënt anno nu vergelijken met die van 25 jaar geleden kan op heel veel verschillende manieren: door te kijken naar ontwikkelingen in patiëntkenmerken, ziektebeelden/diagnosen, behandelmethoden, behandellocatie, uitkomsten/kwaliteit van behandelingen en de rol/positie van de patiënt.



Er zijn diverse onderzoeksmethoden gebruikt: analyses op databestanden, literatuuronderzoek en interviews met patiënten en professionals.

Paragraaf 1.2 staat in het teken van trends in gezondheid, leefstijl, kenmerken en rol van de Nederlandse patiënt. De "modale" patiënt uit 1990 wordt vergeleken met die uit 2015. Gestart wordt met een beschrijving van de ontwikkeling van de levensverwachting en gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de afgelopen 25 jaar.

Met behulp van figuren en teksten wordt eveneens inzicht gegeven in de verschuivingen die zich hebben voorgedaan in het aantal behandelingen en opnamen van de patiënten in deze periode (klinische opnamen, dagbehandelingen). Vervolgens komen veranderingen in leefstijl en gedrag en de veranderende rol van de patiënt en de medisch specialist aan de orde, evenals de wettelijke wijzigingen die positie van de patiënt hebben versterkt.

Paragraaf 1.3 staat in het teken van trends in ziekten, diagnosen en behandeling in de ziekenhuizen in de afgelopen 25 jaar. We zien verschuivingen van klinische

opnamen naar dagbehandelingen¹ en van dagbehandelingen naar poliklinische behandeling.

Paragraaf 1.4 gaat over gastvrijheid en toegankelijkheid. Kwaliteitsverbeteringen doen zich niet alleen voor op het medisch inhoudelijke terrein, maar ook op het terrein van gastvrijheid, dat wil zeggen in de bejegening van en informatievoorziening aan patiënten. Ondanks dat het aantal ziekenhuizen in 25 jaar sterk is verminderd is de toegankelijkheid verbeterd. Wachtlijsten die in de jaren '90 een van de belangrijkste knelpunten in de medisch-specialistische zorg vormden zijn voor een belangrijk deel verdwenen.

Paragraaf 1.5 beschrijft casuïstiek om de ontwikkelingen van de afgelopen 25 jaar binnen de ziekenhuizen in beeld te brengen.

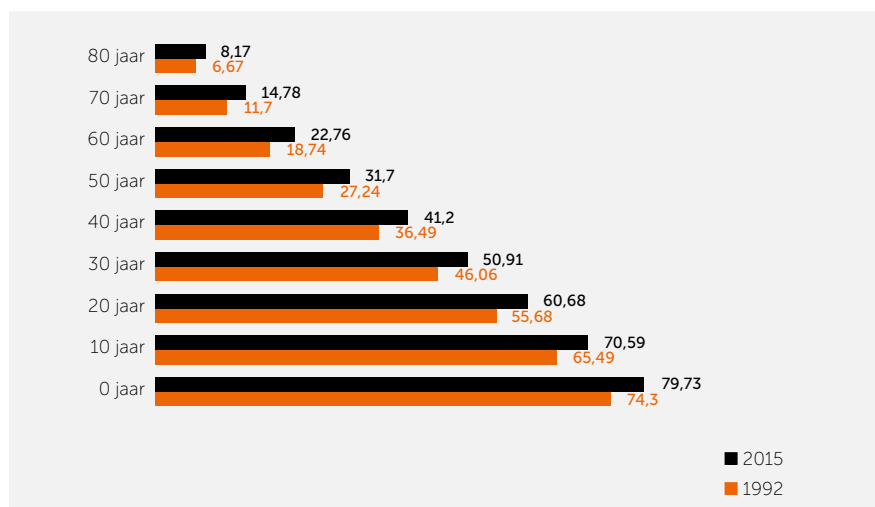
1.2 Trends in gezondheid, leefstijl, kenmerken en rol van de patiënt

De levensverwachting voor mannen is in de afgelopen 25 jaar relatief sterk toegenomen. Voor vrouwen is de toename van de levensverwachting half zo hoog. Toch blijft de levensverwachting van vrouwen hoger dan die voor mannen.

1.2.1 Verandering gezondheid en levensverwachting

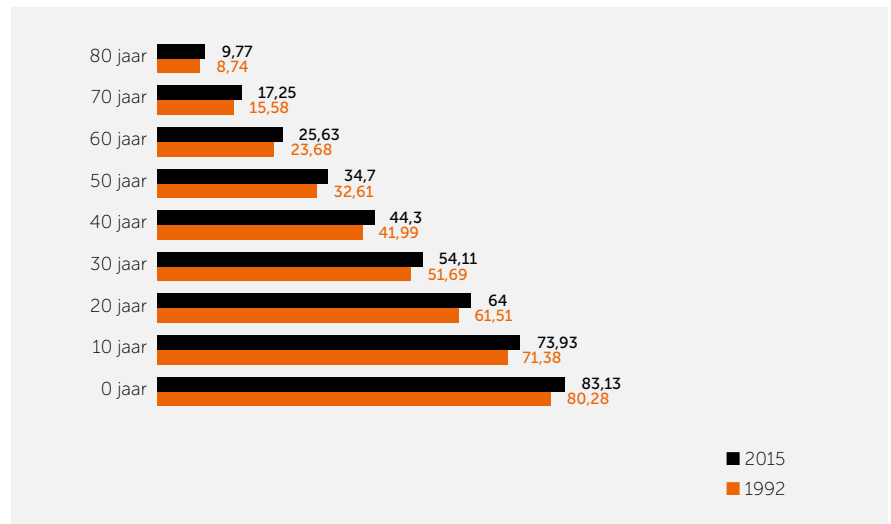
Uit de figuren (figuur 1.1 en 1.1a) valt te lezen dat voor zowel mannen als vrouwen de levensverwachting is toegenomen. Bij geboorte is de levensverwachting van mannen tussen 1992 en 2015 toegenomen van 74,3 naar 79,7 jaar. Bij vrouwen is de levensverwachting minder toegenomen (van 80,3 naar 83,1 jaar). De levensverwachting van tachtigjarige mannen is gegroeid van 6,7 jaar naar 8,2 jaar. Voor tachtigjarige vrouwen is de resterende levensverwachting gegroeid van 8,7 naar 9,8 jaar.

Figuur 1.1 | Levensverwachting naar leeftijd en geslacht in 1992 en 2015 (mannen)



¹ Het verschil tussen een dagbehandeling en poliklinische behandeling is gelegen in de duur van de behandeling. Een dagbehandeling is een aantal uren durende vorm van verpleging in een ziekenhuis op een voor dagverpleging ingerichte afdeling, in het algemeen voorzienbaar en noodzakelijk in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een medisch specialist. De poliklinische behandeling vindt plaats op de polikliniek en duurt korter dan een aantal uren.

Figuur 1.1 | Levensverwachting naar leeftijd en geslacht in 1992 en 2015 (vrouwen)

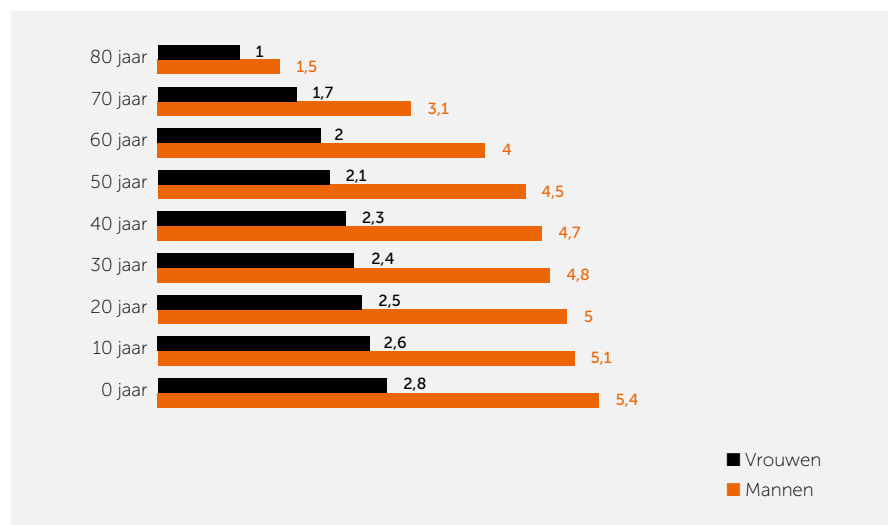


Bron CBS, bewerking Kiwa Carity

In figuur 1.2 zien we dat de levensverwachting bij geboorte bij mannen met 5,4 jaar is toegenomen, terwijl de toename bij vrouwen 2,8 jaar bedraagt. Bij alle leeftijdsgroepen is de toename in verwachte extra levensjaren tussen 1992 en 2015 bij mannen ongeveer tweemaal zo groot als bij vrouwen.

Dat het verschil in het aantal rokende mannen en rokende vrouwen kleiner is geworden, is één van de belangrijkste oorzaken van het afgenomen verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen sinds 1980².

Figuur 1.2 | Toename levensverwachting in jaren naar leeftijd en geslacht tussen 1992 en 2015

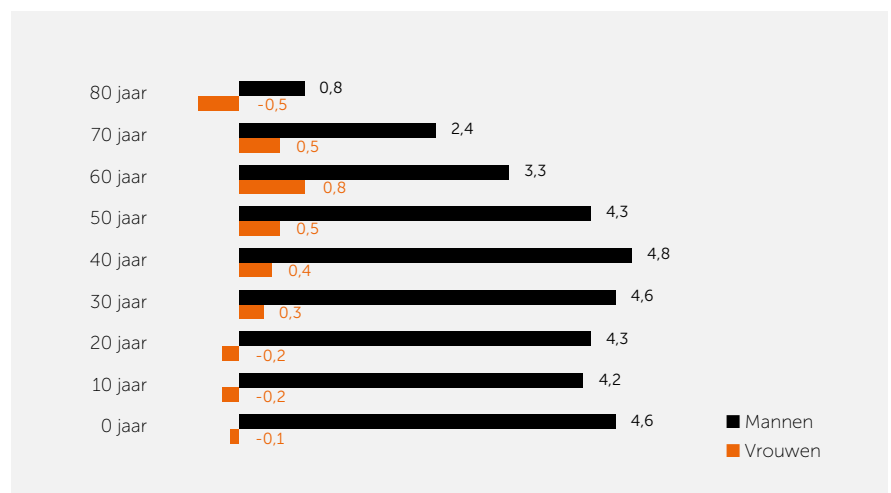


Bron CBS, bewerking Kiwa Carity

² <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/53/levensverwachting-nederlandse-vrouwen-loopt-steeds-meer-achter>

Zeker zo belangrijk als het aantal gewonnen levensjaren is de ontwikkeling van het aantal levensjaren in goed ervaren gezondheid. Onderstaande figuur laat zien dat de toename van de levensverwachting in de afgelopen 25 jaar bij mannen voor het grootste gedeelte in 'als goed ervaren gezondheid' tot stand is gekomen. Bij vrouwen ligt de groei van de levensverwachting veel lager, en bovendien neemt de als goed ervaren levensverwachting voor jonge vrouwen en vrouwen boven de 80 jaar juist af. En ook bij de leeftijdscategorie tussen 30 en 70 jaar is er maar een beperkte groei van de levensverwachting in 'als goed ervaren gezondheid'.

Figuur 1.3 | Toename levensverwachting in 'als goed ervaren gezondheid' naar leeftijd en geslacht (toename in jaren tussen 1992 en 2015)

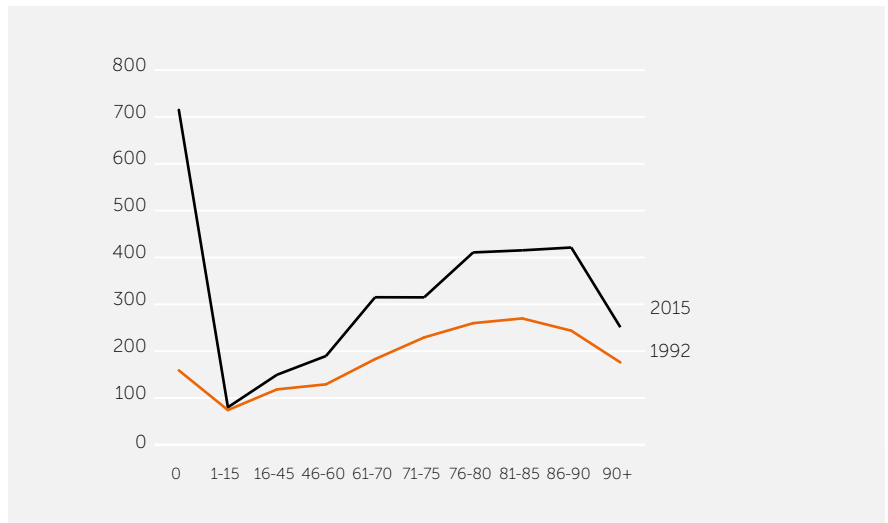


Bron CBS, bewerking Kiwa Carity

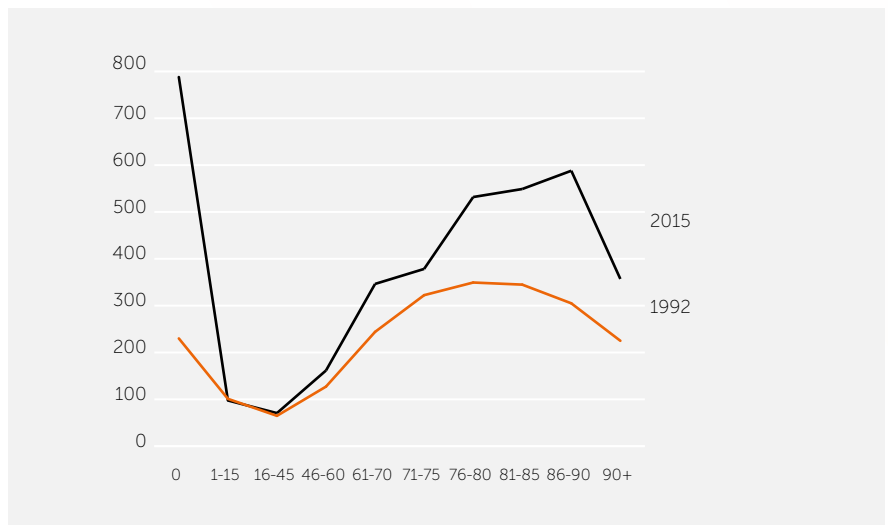
1.2.2 Verandering zorgvraag naar leeftijd en geslacht

Het aantal opnamen en dagbehandelingen per 1.000 inwoners is in de periode 1992–2015 toegenomen van 125 naar 191. De groei is niet in alle leeftijdsklassen hetzelfde. In figuur 1.4a valt te lezen dat het aantal opnamen en dagbehandelingen bij mannen tussen de 1 en 60 jaar nauwelijks is veranderd. Vanaf het 60-ste jaar worden steeds meer mannen en vrouwen behandeld. In 1992 lag het hoogste aantal (dag-)opnamen bij mannen in de groep 76–80 jarigen. In 2015 ligt de incidentie het hoogst bij de groep 86–90 jarigen. Bij vrouwen lag de top in 1992 bij de groep 81–85 jarigen en is deze verschoven naar de groep 86–90 jarigen. Patiënten worden steeds vaker op oudere leeftijd nog opgenomen. Na het 90-ste levensjaar neemt het aantal (dag-)opnamen per 1.000 inwoners af.

Figuur 1.4 | Aantal opnamen en dagbehandelingen per 1.000 vrouwen naar leeftijd en geslacht (1992 en 2015)



Figuur 1.4a | Aantal opnamen en dagbehandelingen per 1.000 mannen naar leeftijd en geslacht (1992 en 2015)



Bron: LMR, LBZ, CBS, bewerking Kiwa Carity

1.2.3 Gedrag en leefstijl

Gedrag en leefstijl hebben een belangrijke impact op de gezondheid en het welbevinden van burgers. Roken, overgewicht, te weinig beweging, overmatig alcoholgebruik en verkeerde voeding dragen alle bij aan de totale ziektelast in Nederland.

De belangrijkste bijdrage aan de ziektelast komt van roken (13,1%). Overgewicht komt op de tweede plaats met 5,2%, gevolgd door te weinig lichamelijke activiteit en overmatig alcoholgebruik. Slechte eetgewoonten als te veel zout, te weinig fruit, te weinig vis, te weinig groente en te veel verzadigd vet zijn andere determinanten die een bijdrage leveren aan de totale ziektelast.

Figuur 1.4 | Bijdrage van verschillende determinanten aan de totale ziektelast
(Percentages kunnen niet bij elkaar opgeteld worden)



Bron: http://www.eengezondernederland.nl/Heden_en_verleden/Determinanten

Roken

Roken is verreweg de belangrijkste oorzaak van sterfte en ziekte. Ruim één achtste van de totale ziektelast in Nederland is toe te schrijven aan roken. Roken is verantwoordelijk voor een groot deel van de sterfgevallen door longkanker (85% van de sterfgevallen door roken), COPD (80%) en een aantal vormen van kanker in het hoofdhalgebied (54% tot 85%). Ook een aanzienlijk deel van de incidentie van hart- en vaatziekten wordt veroorzaakt door roken. Per jaar overlijden circa 20.000 Nederlanders aan de gevolgen van roken.

In 1980 rookte ruim 50% van de mannen en 35% van de vrouwen in Nederland. Het aandeel rokers is sindsdien vooral onder mannen sterk gedaald. In 1992 rookte nog maar 38% en in 2014 is dit verder gedaald naar 24%. De daling onder vrouwen is veel minder sterk: in 1992 rookte nog 31% van de vrouwen en in 2014 is dit gedaald naar 22%. Het verschil tussen het aantal mannen en vrouwen dat rookt is in de loop der tijd vrijwel verdwenen.

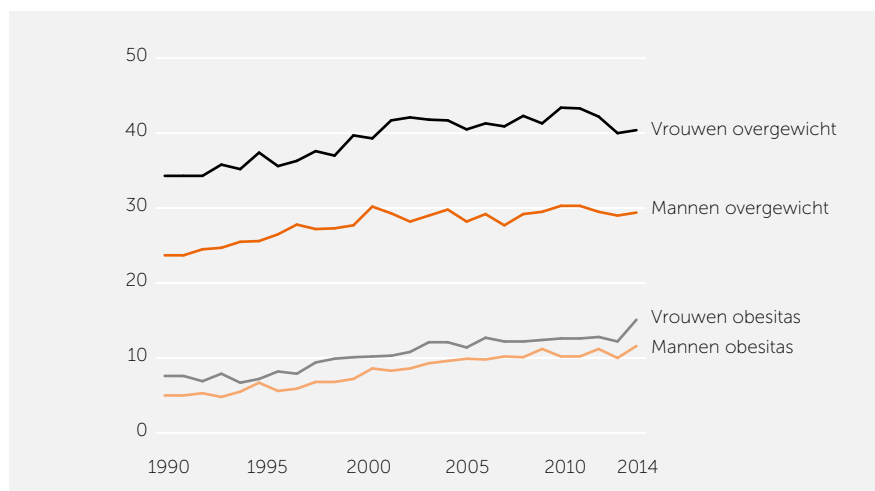
Overgewicht en bewegen

Overgewicht veroorzaakt meer dan twee vijfde van de nieuwe gevallen van diabetes mellitus type 2. Te weinig bewegen veroorzaakt voor ongeveer 20% van de nieuwe gevallen van beroerte en hartinfarcten.

Het aandeel mannen en vrouwen met overgewicht is tussen 1990 en 2010 gestegen. Sinds 2011 is er een lichte daling zichtbaar. Het aandeel mannen met overgewicht is gestegen van 34% in 1990 tot 40% in 2014. Bij vrouwen steeg dit aandeel van 24% naar 29%.

Het aandeel mensen met obesitas⁴ is in deze periode meer dan verdubbeld. Bij vrouwen is het aandeel gestegen van 7% naar 15% en bij mannen van 5% naar 12%.

Figuur 1.5 | Ontwikkeling percentage mannen en vrouwen met overgewicht en obesitas



Bron: OECD Health data

Alcoholgebruik

Acht op de tien Nederlanders drinken tot op hoge leeftijd. Pas vanaf 75 jaar neemt het aantal drinkers af. Volgens verkoopcijfers is er de afgelopen jaren een daling zichtbaar in de consumptie van alcohol per hoofd van de bevolking. Per persoon wordt gemiddeld zeven liter pure alcohol per jaar gedronken. Tussen 2011 en 2015 is het aantal scholieren van 12 tot en met 16 jaar dat ooit alcohol heeft gedronken fors gedaald van 66% naar 45%.

Het aantal jongeren dat met een alcoholvergiftiging door een kinderarts in een ziekenhuis werd behandeld schommelt sinds 2010 rond 700 en is in 2014 licht gestegen.

Naast leefstijl, overgewicht en overmatig alcoholgebruik zijn ook de sociale, economische en fysieke omgeving van belang voor het ontstaan van ziekte. Zo dragen ongunstige arbeidsomstandigheden en milieufactoren elk voor ongeveer 5% tot 6% bij aan de ziektelast.

1.2.4 Veranderende rol van de patiënt

De rol van de patiënt is in de afgelopen 25 jaar sterk veranderd. Een zeer belangrijke factor hierbij is de toegang tot internet en sociale media. Hierdoor hebben patiënten de mogelijkheid om zich breed te informeren over de meest uiteenlopende aandoeningen. Men is veel vaker op de hoogte van de nieuwste behandelmethoden.

⁴ Van overgewicht is sprake bij een BMI (Body Mass Index) tussen de 25 en 30. Van obesitas is sprake bij een BMI > 30. De BMI wordt berekend door het gewicht in kilogram te delen door de lengte in meters in het kwadraat.

In deze paragraaf wordt ingegaan op de veranderende rol van de patiënt⁵, waarbij de mogelijkheden van eHealth, zelfmanagement, gezamenlijke besluitvorming, keuzes voor zorg en zorgverleners en patiëntenparticipatie aan bod komen. In de afgelopen jaren zijn er diverse initiatieven en ontwikkelingen om de regie vanuit patiënten te versterken. Daarbij kan gedacht worden aan zelf je ziekte managen, meer bewust een keuze maken voor je zorgverlener en als patiënt meedenken en beslissen over de organisatie, kwaliteit en klantgerichtheid van de zorg.

Ook de rol van zorgverleners verandert. Zorgverleners leren anders met patiënten te communiceren: de communicatie is minder gericht op informeren, en steeds meer gericht op het betrekken van de patiënt bij de behandeling en daarbij nauw aan te sluiten bij de ervaring, wensen en mogelijkheden van de patiënt. Het is inmiddels steeds gebruikelijker dat patiënten meebeslissen over de zorg en de behandeling.

eHealth

Technologie is een belangrijke factor die ervoor zorgt dat we gezondheid en ziekte zelf kunnen managen. Het is nog maar enkele jaren geleden dat de eerste gezondheidsapps zijn ontwikkeld. Op dit moment zijn er al zo'n 17.000 gezondheidsapps beschikbaar waarvan er 300 Nederlands zijn. Het potentieel van eHealth is groot, maar het daadwerkelijk gebruik is nog klein. Het gebruik van eHealth-toepassingen gericht op zelfmanagement komt zelfs nog nauwelijks voor. Ook de groep die hiervan in de toekomst gebruik wil maken is nog redelijk beperkt. Het gaat dan om voorbeelden als het doen van een zelftest op internet (6%), het online bijhouden van de eigen gezondheidsgegevens (4%) of op de telefoon een herinnering instellen voor het innemen van medicijnen (2%).

Zelfmanagement

Individualisering en maatschappelijke tendensen hebben ervoor gezorgd dat patiënten meer regie wensen en nemen over hun gezondheid en de zorg. Zelfmanagement heeft een enorme groei doorgemaakt. Het aantal wetenschappelijke artikelen over zelfmanagement is in 25 jaar meer dan vertienvoudigd⁶. In de gezondheidszorg wordt zelfmanagement⁷ omschreven als: "het individuele vermogen om goed om te gaan met symptomen, behandeling, lichamelijke en sociale consequenties van de (chronische) aandoening en de bijbehorende aanpassingen in leefstijl". Zelfmanagement betekent dat (chronisch) zieken meer de regie krijgen over hun zorg. De patiënt krijgt integrale zorg en levert zelf een belangrijke bijdrage door middel van zelfmanagement. Behalve behandelingen krijgen patiënten ook middelen aangereikt om kennis op te doen over gezondheid, hun ziekte en verschillende behandelmethoden, bijvoorbeeld in de vorm van eHealth.

⁵ In deze paragraaf is vooral gebruik gemaakt van de volgende publicaties:

"Burgers en Gezondheid, Themarapport VTV 2014, RIVM, Bilthoven"

"CBO-Handboek patiëntenparticipatie. CBO/TNO, maart 2013

"Achtergrondstudie Gezamenlijke besluitvorming en Zelfmanagement", RvZ, 2013

⁶ https://www.raadrivs.nl/uploads/docs/Achtergrondstudie_Shared_DecisionMaking_en_Zelfmanagement.pdf

⁷ Gebruik van eHealth bij zelfmanagement, RvZ, 2015.

Zelfmanagement helpt mensen met een chronische aandoening zo goed mogelijk met hun ziekte om te gaan, zodat de best mogelijke kwaliteit van leven wordt bereikt en zij beter kunnen participeren in de maatschappij. Als patiënten daarbij zelf verantwoordelijkheid nemen voor een gezonde leefstijl zal ook gezondheidswinst behaald kunnen worden.

Chronisch zieken verschillen in de mate waarin zij ondersteuning nodig hebben om hun eigen ziekte te kunnen en te willen managen. Zo heeft 16% van de patiënten behoefte aan ondersteuning bij de medische kant van de ziekte, zoals het correct innemen van medicatie. Verder heeft 22% behoefte aan ondersteuning bij het volhouden van leefstijlaanpassingen en 21% bij de omgang en communicatie met zorgverleners. De grootste groep (30%) heeft behoefte aan ondersteuning bij het inpassen van de ziekte in hun leven⁸. De ondersteuningsbehoeften hangen nauw samen met gezondheidsvaardigheden. Dit betreft de cognitieve en sociale vaardigheden die men nodig heeft voor het verkrijgen, begrijpen en toepassen van informatie voor het bevorderen of behouden van goede gezondheid⁹. De behoefte aan ondersteuning is hoger onder ouderen, alleenstaanden, mensen met een laag inkomen en mensen met een slechtere gezondheid en/of meerdere chronische ziekten.

Gezamenlijke besluitvorming

Wat patiënten willen kan behoorlijk verschillen van wat dokters denken dat patiënten willen. In een rapport van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) wordt een verschuiving gesignaleerd van paternalistische zorg (de arts vertelt wat de zorgvrager moet doen), via informed consent (de arts informeert de zorgvrager over waarom een bepaalde behandeling het beste is voor de patiënt en vraagt om toestemming) naar gezamenlijke besluitvorming of shared decision making (de arts informeert de patiënt, de patiënt deelt zijn zorgen en preferenties met de arts en de patiënt en zorgvrager bepalen samen wat de beste behandeling is)¹⁰.

Bij gezamenlijke besluitvorming staat de vraag centraal wat belangrijk is voor de patiënt. Op basis daarvan worden de verschillende behandelopties tegen elkaar afgewogen in samenspraak en overleg met de patiënt. Gezamenlijke besluitvorming heeft positieve effecten op aspecten als: de risicoperceptie van patiënten, hun kennisniveau met betrekking tot de aandoening, de voor- en nadelen van de behandelopties, en de mate waarin patiënten zich beter geïnformeerd voelen. Daarnaast maken patiënten andere keuzes als ze betrokken worden bij de besluitvorming. Zo leidt de inzet van keuzehulpen in het besluitvormingsproces er bijvoorbeeld toe dat minder patiënten kiezen voor screening op prostaatkanker en voor ingrijpende, electieve operaties.

De belangrijkste patiëntgerelateerde factor is de mate waarin hij zelf betrokken wenst te zijn bij de besluitvorming. Een wederzijdse uitwisseling van informatie tussen arts en patiënt is een belangrijke succesfactor voor gezamenlijke besluitvorming.

⁸ Heijmans M, Jansen D, Van Houtum L, Spreeuwenberg P. Ontwikkelingen in het zorggebruik en de ondersteuning van mensen met lichamelijke beperkingen: rapportage 2012. Utrecht: NIVEL, 2012.

⁹ WHO, 2014.

¹⁰ RVZ. De patiënt als sturende kracht. Raad voor Volksgezondheid en Zorg, 2010.

Een open, patiëntgerichte houding van de arts en een gemotiveerde, actieve houding van de patiënt zijn daarbij van groot belang. Bevorderende organisatorische factoren zijn: goede toegang tot informatie (ook over de kosten van behandelopties), ruimte in het zorgpad specifiek voor gezamenlijke besluitvorming en expliciete vermelding van de noodzaak van gezamenlijke besluitvorming in professionele richtlijnen en standaarden¹¹.

Keuze voor zorgverlener

Zelf kiezen voor een zorgverlener is een andere vorm van autonomie van patiënten. Vier van de tien mensen geeft aan op zoek te gaan naar keuze-informatie als ze een specialist of ziekenhuis nodig hebben. Veel patiënten die niet actief op zoek gaan naar informatie, baseren hun keuze op het advies van hun huisarts of ervaring van anderen. In de praktijk komen mensen op grond van nabijheid en vertrouwen toch vaak uit bij het dichtstbijzijnde ziekenhuis of het ziekenhuis waarnaar ze zijn doorverwezen. Veel mensen maken wel actief een keuze als ze bijvoorbeeld een zeldzame ziekte hebben, een second opinion willen of als ze ontevreden zijn over hun huidige zorgverlener.

Patiëntenparticipatie

Onder patiëntenparticipatie¹² wordt verstaan: Het benutten van de unieke ervaringsdeskundigheid van patiënten met als doel de kwaliteit van de zorg te verhogen. Goede kwaliteit van zorg betekent onder meer dat de zorg patiëntgericht is en aansluit bij (de wensen van) het individu. Iedere patiënt heeft zijn eigen specifieke wensen, behoeften en problemen. Niet de gemiddelde patiënt, maar het individu is de norm. Dé patiënt bestaat immers niet.

Patiëntenparticipatie speelt niet alleen in de spreekkamer maar ook op collectief niveau. Het gaat dan om de deelname van patiënten(organisaties) en cliëntenraden aan onderzoek, kwaliteit en beleid, als partner naast andere partijen. Mede door het stimuleringsbeleid van de overheid hebben patiëntenorganisaties een sterke positie verworven in de Nederlandse gezondheidszorg. Niet alleen zijn steeds meer patiënten lid van een organisatie, maar ook de patiëntenorganisaties zelf en de koepel, de Patiëntenfederatie Nederland (PFN) spelen een belangrijke rol in het onderhandelingsproces dat zo kenmerkend is voor de Nederlandse gezondheidszorg¹³.

Een aantal ontwikkelingen heeft bijgedragen aan toegenomen aandacht voor patiëntenparticipatie:

- Democratisering; net als in het bedrijfsleven (ondernemingsraden) en in het onderwijs (medezeggenschap van leerlingen en ouders) is de roep om inspraak ook in de zorg steeds meer zichtbaar;
- Wet- en regelgeving, diverse wetten zijn tot stand gekomen die de positie van de patiënt versterken: Wet op de Geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO, 1995), Wet Klachtrecht Cliënten Zorginstellingen (WKCV, 1995), Kwaliteitswet Zorginstellingen, (KZI, 1996), Wet Marktordening Gezondheidszorg (WVG, 2006);

¹¹ Achtergrondstudie Gezamenlijke besluitvorming en Zelfmanagement, RvZ, 2013

¹² CBO-Handboek patiëntenparticipatie. CBO/TNO, maart 2013

¹³ Burgers en Gezondheid, Themaport VTV 2014, RIVM, Bilthoven

- Toename van het aantal chronisch zieken. Vanwege het langdurig of permanente karakter van de ziekte ontwikkelen patiënten veel kennis over en ervaring met de aandoening;
- Marktwerking in de zorg. De overgang naar vraagsturing houdt in dat zorgaanbieders meer rekening moeten houden met wensen en behoeften van patiënten;
- Emancipatie van patiënten. Patiënten hebben steeds meer zeggenschap over hun behandeling en zorg. Steeds vaker zijn zij gesprekspartner in de driehoek met zorgverleners en zorgverzekeraars.

1.3 Trends in diagnose en behandeling

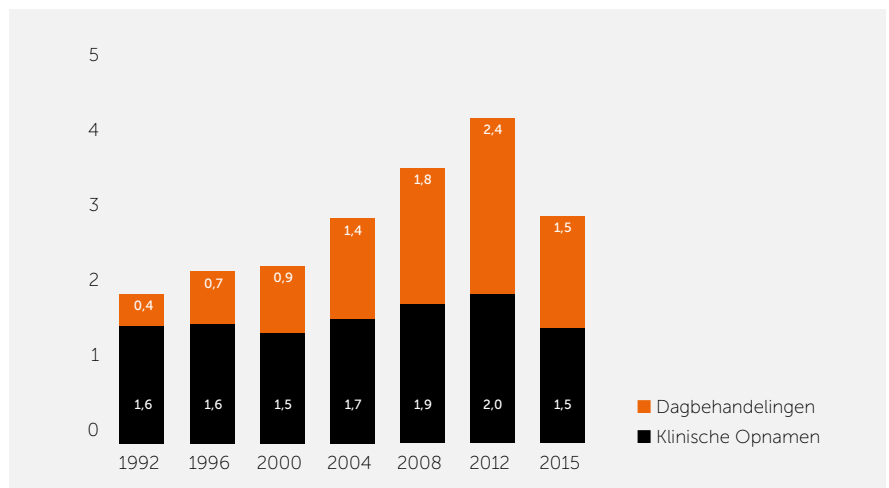
Deze paragraaf staat in het teken van trends in ziekten, diagnoses en behandeling in de ziekenhuizen in de afgelopen 25 jaar. We zien verschuivingen van klinische opnamen naar dagbehandelingen en van dagbehandelingen naar poliklinische behandeling.

Veranderingen in behandelmethoden komen vooral aan bod bij de beschrijving van de verschillende cases (zie paragraaf 1.5).

1.3.1 Trends in behandeling van patiënten

Het aantal klinische opnamen is in de jaren negentig licht gedaald. Deels is dit toe te schrijven aan de krappe budgettaire kaders. Het gevolg hiervan is terug te vinden in een sterke toename van het aantal patiënten dat lang moest wachten op behandeling (zie paragraaf 1.4.2). Na 2000 neemt het aantal klinische opnamen sterk toe tot 2012. Hierdoor nemen de wachtlijsten af als gevolg van wijziging in de registratieregels (zie hoofdstuk 'geleverde zorg'). Het aantal dagbehandelingen is sinds 1992 sterk gegroeid van ruim 400.000 naar 2,4 miljoen in 2012. Ook bij de dagbehandelingen zien we na 2012 een daling vanwege veranderingen in de registratie(-regels).

Figuur 1.6 | Aantal opnamen en dagbehandelingen (x 1.000.000); 1992–2015



Bron: EJZ, analyse Kiwa Carity

Het aandeel dagbehandelingen is tussen 1992 en 2012 gegroeid van 22% naar 56%. Na 2012 neemt het aandeel weer af. Veel behandelingen die in 2012 nog

in dagbehandeling plaatsvonden worden nu als poliklinische behandeling geregistreerd. Dit is deels een administratieve verandering die te maken heeft met verandering in de regelgeving.

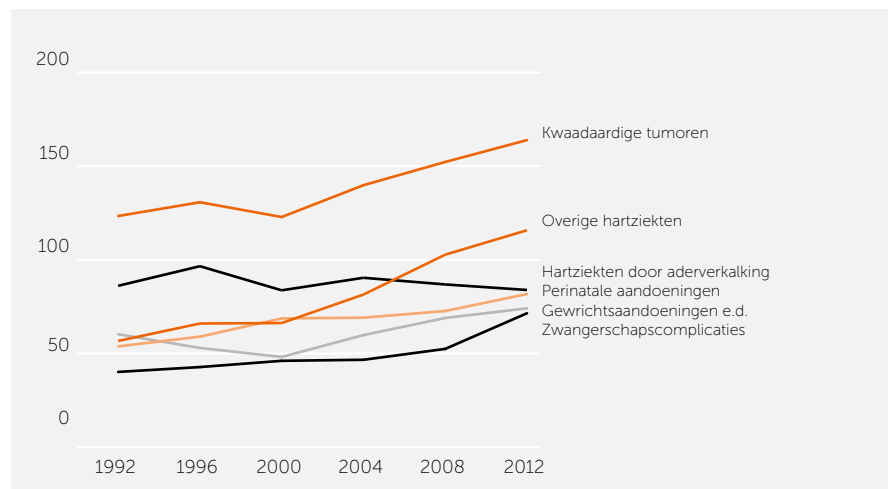
1.3.2 Klinische opnamen naar diagnose

Figuur 1.7 en figuur 1.7a illustreren de groei van het aantal klinische opnamen tussen 1992 en 2012 naar de belangrijkste diagnoses. Het grootste aantal klinische opnamen is gerelateerd aan de diagnose kwaadaardige tumoren. Het aantal klinische opnamen is bij deze diagnose in 20 jaar¹⁴ met 33% gestegen van 123.000 naar 164.000. Het aantal opnamen bij overige hartziekten is in deze periode ruim verdubbeld van 57.000 naar 116.000.

Opvallend is ook de sterke stijging van longziekten:

- **Longontsteking en griep** stijging met 150% naar 38.000 opnamen in 2012
- **Acute luchtweginfecties** stijging met 95 % naar 17.000 opnamen in 2012
- **Overige aandoening luchtwegen** stijging met 72% naar 17.000 opnamen in 2012
- **Longemfyseem** stijging met 30% naar 35.000 in 2012

Figuur 1.7 | Ontwikkeling klinische opnamen naar diagnose (x 1.000)



Bron: LMR

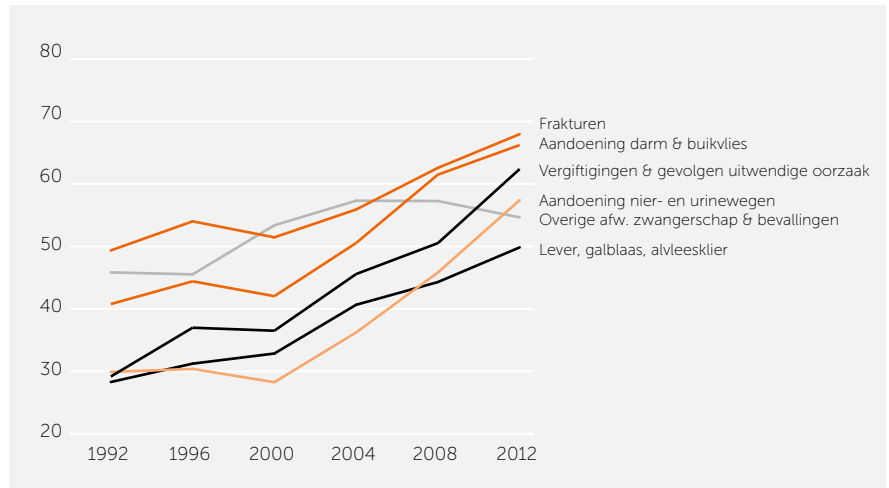
Opvallend is ook de sterke stijging van:

- **Complicaties kraambed** stijging 190% naar 2.900 opnamen in 2012
- **Zwangerschapscomplicaties** stijging van 78% naar 71.000 opnamen in 2012
- **Vergiftigingen en andere gevolgen uitwendige oorzaak** stijging 114% naar 62.000 in 2012
- **Aandoeningen nier- en urinewegen** stijging met 92% naar 57.000 in 2012

¹⁴ Vanwege de overgang van de diagnoseclassificatie (van ICD9 naar ICD10) en andere definitiewijzigingen is in deze paragraaf de ontwikkeling tot 2012 weergegeven.

■ Infectieziekten	stijging met 83% naar 33.000 in 2012
■ Lever, galblaas en alvleesklier	stijging met 76% naar 50.000 in 2012
■ Hormoon- en stofwisselingsziekten	stijging met 73% naar 27.000 in 2012
■ Aandoeningen darm & buikvlies	stijging met 62% naar 66.000 in 2012
■ Beroerten	stijging met 61% naar 44.000 in 2012
■ Breuken	stijging met 38% naar 68.000 in 2012

Figuur 1.7a | Ontwikkeling klinische opnamen naar diagnose (x 1.000)



Bron: LMR

Na 2012 vindt een daling plaats van het aantal klinische opnamen. Veel eendaagse opnamen via de spoedeisende eerste hulp worden niet langer als klinische opname geregistreerd.

De qua omvang belangrijkste groep klinische opnamen met een diagnose die het sterkst zijn gedaald tussen 1992 en 2012 zijn:

■ Oogziekten	daling met 83% van 57.000 naar 7.000 in 2012
■ Navelbreuken	daling met 51% van 32.000 naar 16.000 in 2012
■ Nek- en rugklachten	daling met 43% van 51.000 naar 29.000 in 2012
■ Aandoening bovenste luchtwegen	daling met 83% van 28.000 naar 17.000 in 2012

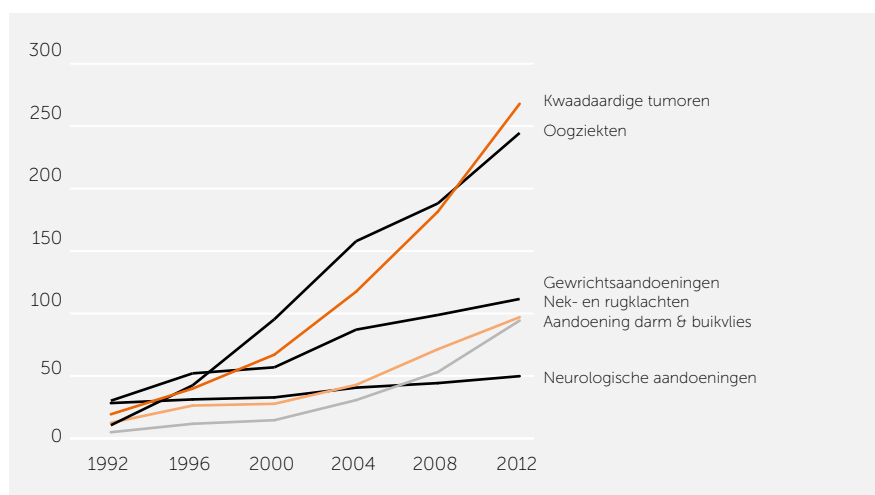
1.3.3 Dagbehandelingen naar diagnose

De term dagbehandeling is pas in het begin van de jaren tachtig ingevoerd. In 1992 was het aantal dagbehandelingen daarom nog gering. Sindsdien is het aantal dagbehandelingen zeer sterk gegroeid, vooral als gevolg van medisch technische ontwikkelingen die het mogelijk maakten dat patiënten minder dagen in het ziekenhuis hoefden te verblijven.

Het aantal dagbehandelingen is tussen 1992 en 2012 gestegen van 420.000 naar 1.931.000, ofwel ruim vervijfvoudigd.

De qua omvang belangrijkste groep dagbehandelingen naar diagnose zijn in figuur 1.8 in beeld gebracht.

Figuur 1.8 | Ontwikkeling aantal dagbehandelingen naar diagnose (x 1.000)



Bron: LMR, LBZ

De dagbehandelingen met een diagnose die in aantal het sterkst zijn gestegen tussen 1992 en 2012 zijn:

■ Kwaadaardige tumoren	stijging met 249.000 naar 268.000 in 2012
■ Oogziekten	stijging met 234.000 naar 244.000 in 2012
■ Aandoening darm & buikvlies	stijging met 89.000 naar 94.000 in 2012
■ Nek- en rugklachten	stijging met 85.000 naar 97.000 in 2012
■ Gewrichtsaandoeningen	stijging met 81.000 naar 112.000 in 2012
■ Huidziekten	stijging met 53.000 naar 59.000 in 2012
■ Neurologische aandoeningen	stijging met 49.000 naar 60.000 in 2012
■ Goedaardige tumoren	stijging met 44.000 naar 52.000 in 2012

Sinds 2012 is het aantal dagbehandelingen gedaald. Voor een belangrijk deel is dit toe te schrijven aan veranderde registratieregels, en veranderingen in de bekostiging. Patiënten die voorheen in dagbehandeling werden geholpen worden door de wijzigingen in de registratie nu poliklinisch behandeld. Diagnosen waarbij het aantal dagbehandelingen het sterkst is gedaald zijn vooral te vinden bij patiënten die juist tussen 1992 en 2012 de sterkste groei hebben laten zien.

De dagbehandelingen naar diagnoses met de sterkste daling tussen 2012 en 2015 (absoluut):

■ Oogziekten	daling met 134.000 naar 110.000 in 2015
■ Nek- en rugklachten	daling met 64.500 naar 32.500 in 2015
■ Gewrichtsaandoeningen	daling met 41.000 naar 71.000 in 2015
■ Huidziekten	daling met 35.000 naar 24.000 in 2015
■ Overige vaatziekten	daling met 26.000 naar 10.000 in 2015
■ Overige hartziekten	daling met 26.000 naar 17.500 in 2015

Veel van de patiënten met deze diagnoses worden inmiddels poliklinisch behandeld.

1.4 Trends in gastvrijheid en toegankelijkheid

Deze paragraaf gaat over veranderingen in gastvrijheid en toegankelijkheid. Gastvrijheid komt tot uitdrukking in vele aspecten waarbij rekening gehouden wordt met de wensen van patiënten.

Deze wensen liggen op het terrein van het verblijf (eenpersoonskamers of juist meerpersoonskamers, ruimere bezoektijden, keuzemogelijkheden en faciliteiten op de verpleegafdeling). Ondanks dat het aantal ziekenhuizen in 25 jaar sterk is verminderd is de toegankelijkheid verbeterd. Wachtlijsten die in de jaren '90 een van de belangrijkste knelpunten in de medisch-specialistische zorg vormden zijn voor een belangrijk deel verdwenen, of voldoen aan de normen.

1.4.1 Gastvrijheid

25 jaar geleden lag de focus van ziekenhuizen vooral uitsluitend op het bieden van goede zorg voor de omgeving. Het begrip gastvrijheid had in 1990 nauwelijks betekenis in relatie met de ziekenhuiszorg. Er liepen vrijwilligers rond die patiënten ondersteunden bij vragen en bibliotheekboeken rondbrachten. Tegen extra betaling kon je toegang krijgen tot telefoon of televisie. Anno 2016 profileren ziekenhuizen zich niet alleen op kwaliteit van de medisch-specialistische zorg. Gastvrijheid in de zorg wordt steeds belangrijker. Patiënten kiezen niet meer vanzelfsprekend voor het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Mensen zijn kritischer, ze betalen meer zelf en verwachten dezelfde gastvrijheid als in een winkel, hotel of restaurant. Als mensen zich niet prettig behandeld voelen, dan kijken ze verder. Een groot aantal ziekenhuizen besteedt veel aandacht aan gastvrijheid. Gastvrijheid kent verschillende dimensies. Gastvrijheid in ziekenhuizen betekent dat het ziekenhuis er alles aan doet zodat de patient zich als gast welkom voelt. Dat betekent dat de omgeving prettig, veilig en comfortabel is en bijdraagt aan het welbevinden van de gast in de vorm van een goede lichamelijke en geestelijke gezondheid. De volgende elementen zijn daarbij van belang:

- Houding, bejegening, gedrag van personeel tegenover patiënt;
- Autonomie, privacy. De keuze om bijvoorbeeld zelf te beslissen of je met anderen wilt zijn, sanitair wilt delen, de temperatuur of verlichting kunt regelen;
- Beschikbaarheid van (extra) diensten zoals roomservice, gastvrouwen, maaltijdkeuze, toegang tot communicatieapparatuur (laptop, Ipad, interactieve TV).

Bezoektijden

In vergelijking met 25 jaar geleden zijn de meeste ziekenhuizen overgegaan tot ruimere bezoektijden. In diverse ziekenhuizen zijn de bezoektijden inmiddels heel sterk verruimd. Zo heeft bijvoorbeeld het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis in Nijmegen bezoektijden van 11.00 tot 20.00 uur. In het algemeen wordt positief gereageerd op verruiming van bezoektijden. Wel wordt gewezen op een aantal voorwaarden, zoals niet te veel bedden op een kamer en een goede communicatie met het bezoek als er medische of verpleegkundige handelingen verricht moeten worden. Het voordeel is dat het bezoek gespreider komt.

Eénpersoonskamers

De meeste ziekenhuizen in Nederland hebben één-, twee- en vierpersoonskamers, waarbij het merendeel een vierpersoonskamer is. 25 jaar geleden hadden de meeste verpleegafdelingen vier of zes bedden per kamer. Wel bestond er voor particulier verzekerden met een aanvullende "klasse"-verzekering de mogelijkheid om op een éénpersoonskamer te liggen. Overigens hebben veel ziekenhuizen in 1990 klasseverpleging afgeschaft.

Kamers waarbij je alleen ligt worden tegenwoordig over het algemeen alleen gebruikt wanneer dit medisch noodzakelijk is. Het kan dan gaan om patiënten met aandoeningen waarbij kans op infectie bestaat die moet worden voorkomen, zoals na een beenmergtransplantatie. Patiënten die zeer intensief verpleegd moeten worden, worden regelmatig in een eenpersoonskamer geplaatst. De laatste jaren is een trend te zien waarbij steeds meer nieuwe vleugels van ziekenhuizen worden voorzien van eenpersoonskamers.

Gemengde kamers

25 jaar geleden was het nog heel gewoon dat mannen en vrouwen op gescheiden kamers lagen. Tegenwoordig is er bijna geen enkel ziekenhuis meer dat de seksen gescheiden houdt. De voornaamste reden hiervoor is kostenbesparing. Sommige ziekenhuizen vragen patiënten het kenbaar te maken wanneer zij er moeite mee hebben om op een gemengde kamer terecht te komen, bijvoorbeeld om religieuze redenen.

Faciliteiten op de verpleegafdeling

In vrijwel alle ziekenhuizen is wifi beschikbaar. Patiënten kunnen bellen en internetten via een tablet en/of telefoon. 25 jaar geleden kon men (tegen betaling) gebruik maken van vaste telefoons en televisie. De mogelijkheden om met de buitenwereld verbonden te blijven zijn tegenwoordig een stuk ruimer.

Gastvrouwschap

Er werken veel vrijwilligers in ziekenhuizen. Een belangrijke groep vrijwilligers wordt gevormd door gastvrouwen en gastheren. Hun werkzaamheden bestaan onder andere uit het begeleiden van patiënten en bezoekers naar de afdeling en/of bij het vertrek uit het ziekenhuis.

Sommige vrijwilligers hebben een specifieke taak op de verpleegafdelingen, onder meer in de huiskamer voor kwetsbare ouderen. Zij halen de krant, lezen voor, verzorgen de bloemen, doen een spelletje als afleiding en bieden een luisterend oor. In veel ziekenhuizen zijn in het weekend vrijwilligers actief in het

ondersteunen van geestelijke verzorging, onder meer met het vervoer van patiënten naar de kerkzaal. Daarnaast werken veel vrijwilligers in de distributie van tijdschriften en bibliotheekboeken, bij de ziekenhuisomroep en bij kunstcommissies.

Maaltijdverstrekking in ziekenhuizen

De maaltijdverstrekking behoort tot een van de belangrijkste gastvrijheid gerelateerde aspecten waarmee ziekenhuizen zich kunnen profileren. Was het 25 jaar geleden juist gebruikelijk om de maaltijdvoorziening te standaardiseren en uit te besteden, steeds meer ziekenhuizen bereiden maaltijden weer in huis. Veel patiënten leven naar het moment van de maaltijd toe. De maaltijden voelen als een onderbreking van de dag. Veel aandacht wordt besteed aan de presentatie, voedingswaarde, de garnering, het uitserveren en er wordt rekening gehouden met persoonlijke voorkeuren zoals menukeuzen en het tijdstip waarop mensen willen eten.

In het ziekenhuis Gelderse Vallei is een nieuwe maaltijdservice ingevoerd, waardoor patiënten á la carte kunnen eten: patiënten bestellen zelf hun maaltijden en tussendoortjes en kiezen wanneer, met wie, waar en wat zij willen eten. Tussen voeding en gezondheid bestaat een groot verband. Goede voeding heeft invloed op een beter herstel. Daarom geeft het ziekenhuis onder andere voorlichting over voeding, maar ook over (top)sport en bewegen. Het ziekenhuis werkt nauw samen met de Universiteit van Wageningen. Ongeveer 1 op de 5 patiënten in Nederland is ondervoed, blijkt uit onderzoek van de Universiteit van Wageningen. Door ondervoeding is er een groter risico dat een behandeling niet aanslaat en liggen patiënten langer in het ziekenhuis om aan te sterken voor ze een operatie aankunnen.

In Ede is de afgelopen twee jaar gekeken naar de kosten van de nieuwe maaltijdservice. Het blijkt dat het niet duurder is dan de 'traditionele' manier van koken in het ziekenhuis.

Verschillende menukaarten

Het blijkt dat veel mensen het lastig vinden om eten van de menukaart uit te kiezen en te bestellen. Daarom heeft het ziekenhuis menukaarten laten maken met foto's van de gerechten. Op deze manier kan echt elke patiënt kiezen wat hij of zij wil eten.

Voor patiënten zijn er verschillende menukaarten: een algemene menukaart en menukaarten afgestemd op het natriumbeperkte en/of energie- en eiwitverrijkte dieet. Daarnaast zijn er ook menukaarten voor patiënten die alleen maar vloeibare, gemalen of fijn gemalen voeding mogen. Tenslotte zijn er aparte menu's voor de kinderafdeling. Deze menu's zijn allemaal volgens de nieuwste voedingsrichtlijnen samengesteld, met als basis de nieuwe Schijf van Vijf. Sinds juli 2016 zijn deze menukaarten er ook allemaal in een versie met foto's en symbolen om duidelijk uit te leggen wat in welk gerecht zit.

Bron: <http://www.geldersevallei.nl>

De boter-bij-de vis-regeling ontstond in het voorjaar van 2001. Bij de traditionele onderhandelingsrondes tussen Financiën en de overige departementen over de Voorjaarsnota vroeg toenmalig minister Borst, net als in de jaren daarvoor, om een forse miljardenimpuls voor de zorg. Minister Zalm wilde van Borst de toezegging dat het geld niet zou opgaan zonder dat hij wist waaraan. Na drie gesprekken – die door ambtenaren van beide departementen werden gevoerd maar tot niets leidden – besloten Borst, en Zalm er zelf voor te gaan zitten. Binnen twee uur was het geregeld. Als Volksgezondheid kon aantonen dat er daadwerkelijk kortere wachtlijsten waren ontstaan, dan zou Zalm geld vrijmaken. NRC, 21-11-2002

1.4.2 Wachttijden en wachtlijsten, toegankelijkheid

In de jaren negentig ontstonden als gevolg van enerzijds krappe budgetten bij ziekenhuiszorg en anderzijds snelle toename van medische technologieën wachtlijsten. Rond het jaar 2000 bereikten deze wachtlijsten een hoogtepunt. Vooral bij de specialismen orthopedie (kijkoperaties, heup- en knie vervanging), oogheelkunde (cataractoperaties) en plastische chirurgie ontstonden lange wachtlijsten. Als reactie hierop stelde de toenmalige minister Borst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het "Boter bij de Vis" in, waarbij ziekenhuizen en medisch specialist extra budget kregen voor het wegwerken van de wachtlijsten. Ook werden door de brancheorganisaties van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties in het zogenaamde 'Treekoverleg' normen bepaald in na te streven en maximaal aanvaardbare wachttijden. Ze kwamen tot de volgende 'Treeknormen' (zie kader).

Treeknorm voor polikliniekbezoek

Er mogen maximaal vier weken zitten tussen het moment dat een patiënt een afspraak maakt voor een bezoek aan de polikliniek, en het moment dat hij daar terecht kan.

Treeknorm voor diagnostiek

Er mogen maximaal vier weken zitten tussen het moment dat de patiënt (van buiten de instelling) een afspraak maakt voor diagnostiek en het moment dat hij deze diagnostiek ondergaat.

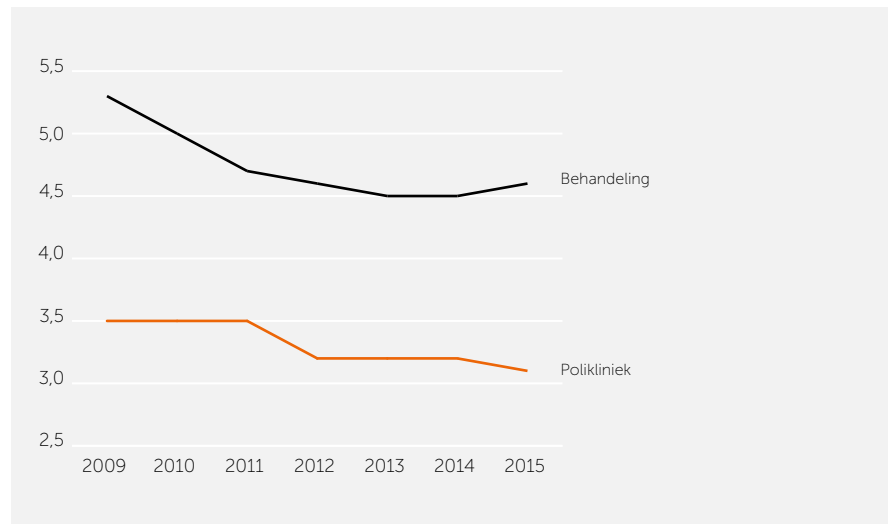
Treeknorm voor behandeling

Er mogen maximaal zeven weken zitten tussen het moment dat de patiënt de indicatie voor een operatie krijgt van de behandelende arts, en het moment dat zijn zorgaanbieder hem opneemt of opereert.

In het jaar 2000 bestonden er relatief lange wachtlijsten voor medisch-specialistische zorg¹⁵. De gemiddelde wachttijd voor de polikliniek bedroeg 4,1 week. Voor het specialismen oogheelkunde bedroeg de gemiddelde wachttijd voor een afspraak op de polikliniek 10 weken en voor plastische chirurgie zelfs 11 weken. Ruim een derde van de patiënten moest langer dan een maand wachten op de eerste afspraak op de polikliniek. Na het jaar 2000 zijn de wachtlijsten snel verminderd.

¹⁵ Gezondheidszorg in Tel 2001, Prismant, 2000

Figuur 1.9 | Ontwikkeling gemiddelde wachttijden in weken



Bron: Mediquest

Er zijn signalen dat de wachtlijsten weer toenemen. Dat is vooral het gevolg van budgetafspraken die ziekenhuizen en zorgverzekeraars met elkaar maken. Als tegen het eind van het jaar de budgetafspraken overschreden lijken te worden stellen ziekenhuizen steeds vaker een patiëntenstop in voor niet spoedeisende medisch-specialistische zorg¹⁶.

1.4.3 Ziekenhuislocaties

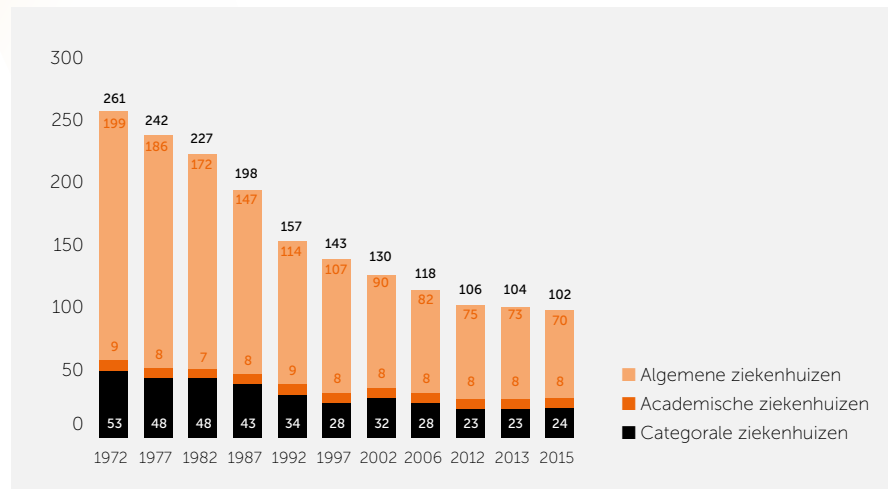
In 1972 waren er 261 ziekenhuizen. Het aantal algemene ziekenhuizen bedroeg 199, er waren 9¹⁷ academische ziekenhuizen en 53 categorale ziekenhuizen. Het aantal ziekenhuizen is sindsdien voortdurend gedaald, totdat het aantal rond het jaar 2000 stabiliseerde. In 1992 waren er 114 algemene, 9 academische en 34 categorale (met name revalidatiecentra) ziekenhuizen. In 2015 zijn er nog 102 ziekenhuizen. Het betreft 70 algemene, 8 academische en 24 categorale ziekenhuizen.

Het aanbod van ziekenhuiszorg wordt steeds gedifferentieerder. Gefuseerde ziekenhuizen kiezen er dikwijls voor om specifieke functies op één locatie te concentreren. Dat betekent dat sommige meer en uitgebreidere functies krijgen en andere juist minder. Tegelijkertijd wordt zorg steeds vaker poliklinisch en in dagbehandeling verleend (bron: RIVM).

¹⁶ Skipr, 21 oktober 2016, Extra wachttijd VGZ-verzekerden in Twente, Patiëntenstop bij Nij Smellinghe

¹⁷ Het Wilhelmina Kinderziekenhuis was voor de fusie met het UMC Utrecht nog een zelfstandig categoriaal academisch ziekenhuis

Figuur 1.10 | Aantal ziekenhuizen in Nederland



Bron: CBS

Het aantal ziekenhuislocaties is veel groter dan het aantal ziekenhuizen. In 2014 waren er 76 algemene ziekenhuizen die met elkaar 120 ziekenhuislocaties en daarnaast nog 111 buitenpoliklinieken exploiteerden. Het aantal ziekenhuislocaties is ten opzichte van 2009 stabiel gebleven. Het aantal buitenpoliklinieken is sinds 2009 wel sterk toegenomen. Van 60 buitenpoliklinieken in 2009 tot 111 in 2014. Steeds meer ziekenhuizen openen aan de rand van hun verzorgingsgebied een buitenpolikliniek om te concurreren met omliggende ziekenhuizen (bron: RIVM).

1.5 Cases

In deze paragraaf wordt een viertal cases beschreven die een beeld geven van ontwikkelingen zoals die zich hebben voorgedaan binnen de ziekenhuiszorg. Deze cases beschrijven ontwikkelingen bij hartklepoperaties, heupvervangingen, ziekenhuisbevellingen en nierdialyse in de afgelopen 25 jaar. Veel verschillende onderwerpen kwamen in aanmerking voor het beschrijven van de veranderingen in de afgelopen jaren. De keuze is uiteindelijk gevallen op onderwerpen die verschillende invalshoeken van deze veranderingen belichten: Bijvoorbeeld nieuwe medische technologieën bij de hartkleppen, nieuwe materialen bij de heupoperaties, andere bejegening bij geboortezorg en 25 jaar patiëntveraring bij nierfalen.

1.5.1 Casus hartklep-operatie¹⁸

Aandoening

Bij een hartklepafwijking is de hartklep vernauwd of lekt deze. Een hartklepaandoening heeft grote invloed op het vermogen van het hart om zuurstofrijk bloed door het lichaam te pompen en kan daardoor buitengewoon invaliderend zijn. Patiënten met bijvoorbeeld een vergevorderde aorta-klepaandoening zijn vaak niet meer in staat om uit bed te komen of meer dan een paar stappen te lopen. Door de hartklep te vervangen kan hun leven zich weer normaliseren. De kunstkleppen die tijdens deze open hartoperaties worden geplaatst, zijn uiterst betrouwbaar gebleken: veel patiënten met een kunstklep leven er al meer dan twintig jaar mee.

We spraken met dr. Jan van der Heijden over ontwikkelingen in de hartklepoperaties. Hij is sinds 2004 werkzaam als interventiecardioloog in het St. Antoniusziekenhuis in Nieuwegein.

Geschiedenis: Mechanisch of biologisch

Vanaf het begin van de jaren '60 is het mogelijk hartkleppen te vervangen. Toen kwamen de eerste mechanische kleppen op de markt. Deze kleppen, gemaakt van kunststof en metaal, slijten nauwelijks en gaan in principe een leven lang mee. Het lichaam ziet dit materiaal als vreemd, waardoor bloed dat in aanraking komt met dit materiaal, kan gaan stollen. Mensen die een mechanische klep dragen, moeten daarom de rest van hun leven antistolling slikken. Deze medicijnen gaan op hun beurt weer gepaard met een risico op levensbedreigende bloedingen. De medicatie dient zo te worden ingesteld dat er geen bloedpropjes, maar ook geen bloedingen ontstaan. Een ander nadeel van de mechanische klep is, dat de patiënt de kunstklep soms hoort tikken.

In de jaren '60 doen de biologische kunstkleppen, van dierlijk of menselijk materiaal, hun intrede. Deze kleppen – waarbij patiënten alleen in de eerste maanden antistolling krijgen – hebben een ander probleem: ze slijten. Dierlijke kleppen gaan meestal zo'n tien tot twintig jaar mee, afhankelijk van de leeftijd van de patiënt waarop de klepvervangings plaatsvindt. Menselijke donorkleppen gaan vaak iets langer mee.

Omvang

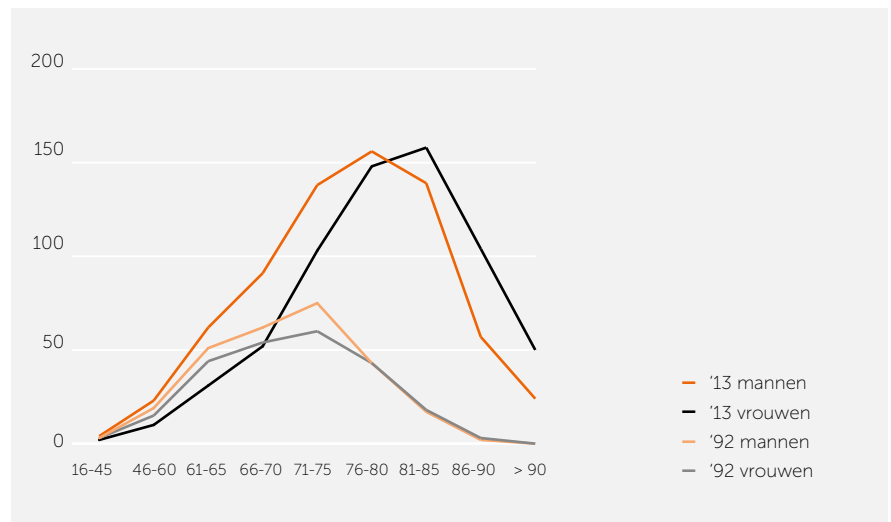
In figuur 1.11 is de ontwikkeling van het aantal hartklepoperaties in beeld gebracht voor mannen en vrouwen in het jaar 1992 en 2013. In 1992 lag de top van het aantal hartklepoperaties bij zowel mannen als vrouwen bij de leeftijdscategorie 71–75 jarigen. In 1992 ondergingen per 100.000 mannen in deze leeftijdsgroep 75 mannen aan een hartklepoperatie. Voor vrouwen lag dit aantal op 60. In 2013 was dit aantal bij mannen in deze leeftijdscategorie gestegen met 84% naar 138 en bij vrouwen 74% naar 101.

¹⁸ Naast deze interviews is voor deze casus gebruik gemaakt van de volgende bronnen: 50 jaar Hartstichting, jubileumboek hartstichting, 2014, pag 69 e.v., Een hartklepaandoening: wat betekent dat?, Hartstichting, 2016, http://www.philips.nl/a-w/about/news/archive/standard/about/news/press/20110223_backgrounder_minimaal_invasieve_hartklepvervangning.html, Philips 2011.

In de leeftijdscategorie 81–85 jaar is het aantal hartklepoperaties het sterkst gestegen. Bij mannen is het aantal hartklepoperaties tussen 1992 en 2013 verzevenvoudigd van 18 naar 139 per 100.000 mannen in deze leeftijdsgroep. Bij vrouwen is zelfs sprake van een vernevenvoudiging (van 17 naar 158).

De toename onder de oudere leeftijdsgroepen heeft vooral te maken met technologische ontwikkelingen, die het mogelijk maken om ook mensen met een matige gezondheid te opereren (zie minimale invasieve hartklepvervangings, TAVI). Dankzij nieuw ontworpen hartkleppen, betere katheterisatietechnieken en geavanceerde beeldvormingstechnieken kunnen bij deze patiënten nu hartkleppen worden vervangen door middel van een minimaal invasieve ingreep.

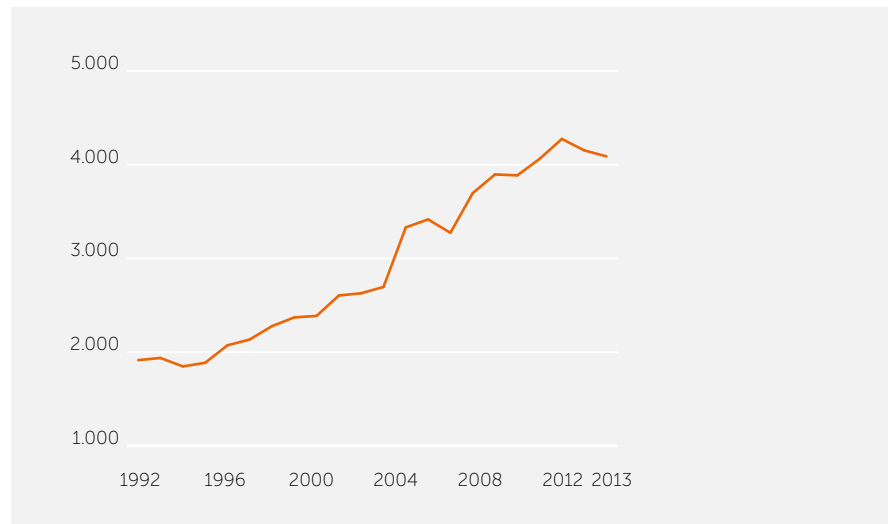
Figuur 1.11 | Hartklepoperaties per 100.000 mannen resp. vrouwen naar leeftijd (1992 resp. 2013)



Bron: LMR, LBZ

In figuur 1.12 is zichtbaar dat het aantal hartklepoperaties tussen 1992 en 2013 ruim is verdubbeld. De daling na 2011 kan te maken hebben met veranderingen in de registratie van verrichtingen.

Figuur 1.12 | Ontwikkeling aantal hartklepvervangingen



Bron: LMR, LBZ

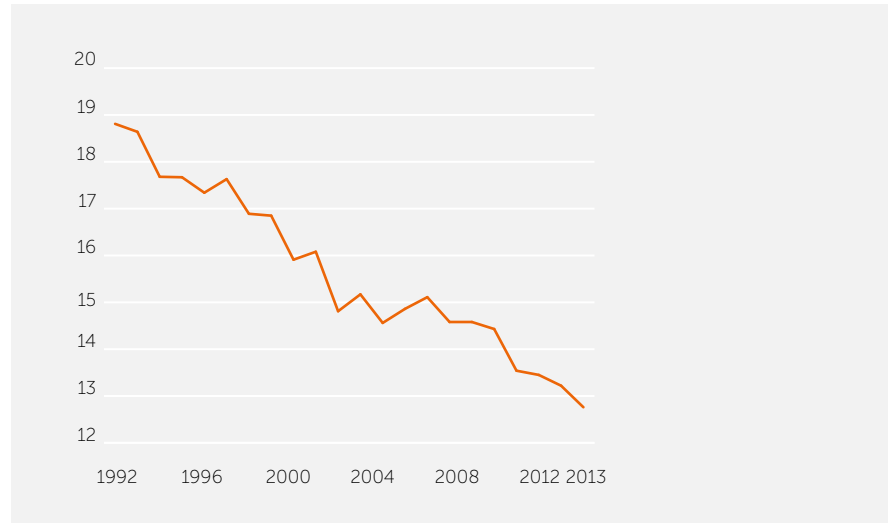
Openhartoperatie

De overgrote meerderheid van deze hartklepvervangingen vindt nog als openhartoperatie plaats. Dat betekent een forse aanslag op de ribben en de weke delen in de borstkas van de patiënt om het hart te kunnen bereiken en de vervanging te kunnen uitvoeren. Ook met de voordelen van moderne geneesmiddelen en pijnstillers resulteert dit grote operatieletsel nog steeds in aanzienlijke postoperatieve pijn en lange hersteltijden. De behandeling daarvan leidt tot verhoging van de kosten. Vanwege het hoge succespercentage van de procedure en de bewezen betrouwbaarheid van de gebruikte kleppen is open hartklepvervangings nog steeds de 'gouden zorgstandaard'. Tegenwoordig kunnen hartchirurgen een lekkende of vernauwde hartklep vaak repareren. Dan is vervanging door een donorklep of een kunstklep niet nodig. Daardoor kunnen mensen ook veel eerder worden geopereerd, voordat schade is ontstaan aan de hartspeer.

Ontwikkeling verpleegduur

De traditionele hartklepoperaties zijn zware openhartoperaties, waarbij de patiënt relatief lang in het ziekenhuis moet verblijven, en veelal een dag op de Intensive Care. In figuur 1.13 valt te lezen dat de gemiddelde verpleegduur tussen 1992 en 2013 met 33% is verminderd van 18,8 naar 12,7 dag.

Figuur 1.13 | Ontwikkeling gemiddelde verpleegduur hartklepvervangning



Bron: LMR, LBZ

Nieuwe en minder belastende technieken

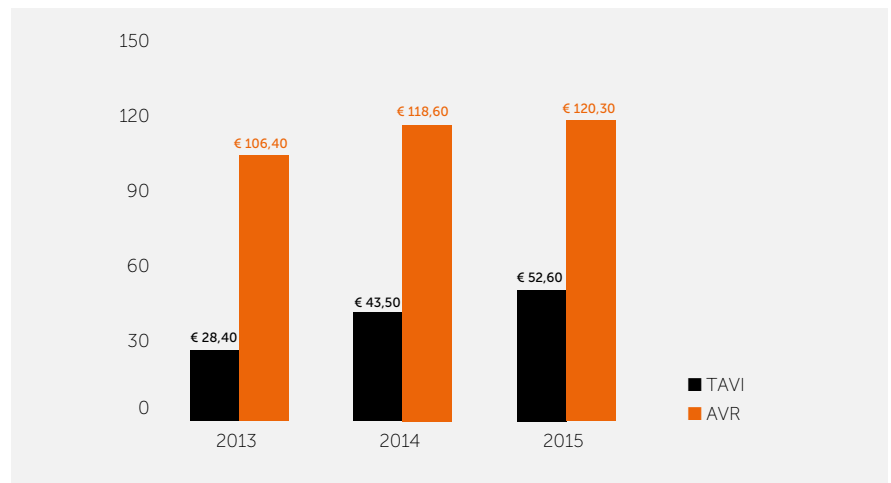
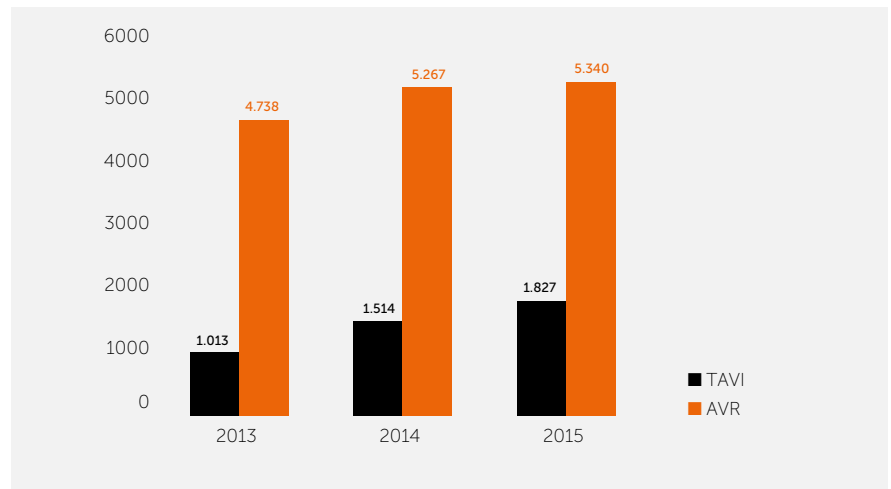
Voor patiënten met een slechte conditie zijn er tegenwoordig ook andere behandelingen mogelijk. Een voorbeeld is de zogenaamde Mitraclip, waarmee de cardioloog een lekkage van de hartklep kan verhelpen. Dit is een soort klemmetje dat met een katheter via de lies naar het hart wordt geleid en de twee bladen van de micralisklep verbindt.

Minimaal invasieve hartklepvervangning (TAVI)

Onder de naam 'percutane aortaklepvervangning' (ook wel TAVI genoemd) zijn deze technieken een geschikt alternatief voor patiënten voor wie een open hartoperatie (Aortic Valve Replacement, ofwel AVR) een te groot risico is. Mensen met een minder goede conditie of oudere patiënten, kunnen zo'n ingreep ondergaan. 25 jaar geleden werden mensen van 80 jaar en ouder meestal niet geopereerd. Dankzij de percutane techniek kunnen die nu wel succesvol worden geopereerd. Kleppen die met een minimaal invasieve TAVI-procedure worden ingebracht, moeten tot een diameter van ongeveer 6 mm worden opgevouwen, wat bij een open hartoperatie niet nodig is. De kleppen moeten zo klein zijn omdat ze anders niet via een katheter in een slagader kunnen worden ingebracht. Na plaatsing moeten de kleppen ontplooid worden tot een diameter van een paar centimeter, wat automatisch gebeurt of met behulp van een zogeheten ballon.

Het aantal hartklepoperaties dat met behulp van een katheter wordt uitgevoerd (TAVI) is tussen 2013 en 2015 met 80% gestegen van 1.013 naar 1.827. Het aandeel TAVI in de omzet hartklepoperaties is tussen 2013 en 2015 gestegen van 21% naar 30% (van € 28 mln. naar € 53 mln.).

Figuur 1.14 | Ontwikkeling aantal hartklepvervangingen en omzet (€ miljoen) 2013–2015



Bron: Open DIS-data, bewerking Kiwa Carity

Risico's

Tijdens en na de operatie is er een verhoogde kans op een herseninfarct. Bij het vervangen van de aortaklep kunnen hartritmestoornissen ontstaan. Soms is daarom een pacemaker nodig. Er kan een bloeding in het hartzakje ontstaan na de operatie. Ook treedt soms lichte tot hogere koorts na de operatie op, meestal door een long- of urinewegontsteking¹⁹.

Meetbaar beter²⁰ is een programma waarin negentien ziekenhuizen, waaronder veertien van de zestien hartcentra resultaten delen van de uitkomsten van diverse ingrepen bij hartpatiënten. Diverse kwaliteitsindicatoren worden onderling vergeleken om continu te kunnen leren en verbeteren.

¹⁹ Een hartklepoperatie: Wat betekent dat?, Hartstichting, 2016.

²⁰ <http://www.meetbaarbeter.com/documents/meetbaar-beter-boeken/meetbaar-beter-boek-2015/>

Hierdoor zijn verbeteringen bereikt in bijvoorbeeld de mortaliteit, het aantal patiënten dat infecties oploopt, een CVA krijgt of een pacemaker nodig heeft.

Wat betekent het voor de patiënt

Meetbaar beter meet de kwaliteit van leven vlak voor de hartklepoperatie en een jaar na de interventie op diverse dimensies, zoals fysieke gezondheid, psychische gezondheid, fysiek functioneren, lichamelijke pijn, vitaliteit, ervaren gezondheid. Op al deze dimensies zijn duidelijke verbeteringen zichtbaar in de kwaliteit van leven bij zowel de traditionele hartklepvervangende als de TAVI.

Toekomstbeeld

Minimaal invasieve hartklepvervangende is een van de eerste voorbeelden van de manier waarop interventiecardiologie (behandeling van hartaandoeningen met behulp van katheters) zich ontwikkelt van betrekkelijk ongecompliceerde verwijding van vernauwde bloedvaten (angioplastiek), verwijding van vernauwde hartkleppen (valvuloplastiek) of verwijding van bloedstolsels (coronaire trombectomie) tot complexere structurele herstellende ingrepen aan het hart.

Momenteel wordt onderzoek gedaan²¹ hoe je een nieuwe hartklep kunt maken van de cellen van de patiënt zelf. Het doel is het ontwikkelen van een probleemloze klep voor de rest van iemands leven. Een nieuwe hartklep die groeit in je lichaam. Vooral voor jonge mensen is een nieuwe prothese nodig, die langer meegaat dan de huidige biologische kunstkleppen. Hoe jonger de patiënt, hoe sneller de bioprothese slijt. Maar ook: hoe jonger de patiënt, hoe meer last van die levenslange antistolling. Daarnaast groeien de huidige kunstkleppen niet mee. De eerste lichaamseigen en levende kleppen zullen naar verwachting over circa tien jaar voor het eerst kunnen worden ingebracht bij patiënten.

1.5.2 Casus Heupoperaties

Aandoening

Heupartrose is een veel voorkomende aandoening. Het kraakbeen in het heupgewricht raakt beschadigd waardoor het gewricht niet meer soepel beweegt. Beschadiging van het kraakbeen is niet meer terug te draaien. De initiële behandeling is vooral gericht op het reduceren van de klachten, middels bijvoorbeeld pijnstilling, fysiotherapie, fysiotherapie of manuele therapie. Wanneer beide behandelingsvorming geen verbetering meer laten zien, kan operatief ingrijpen worden overwogen. Bij ernstig toenemende klachten wordt vaak een heupprothese (kunstheup) geplaatst.

Het plaatsen van nieuwe heupen komt veel voor. Door de jaren heen zijn er veel ontwikkelingen geweest op velerlei gebied. Niet alleen is het profiel van de gemiddelde patiënt veranderd, ook medisch inhoudelijk en in het zorgproces zijn er grote stappen gezet. De belangrijkste indicaties voor een THP zijn nachtelijke pijn en sterk verminderde actieradius. Omdat een prothese niet altijd voldoet aan het hoge activiteitsniveau van de patiënt en omdat de levensduur van een prothese mede afhankelijk is van dit activiteitsniveau, is het beleid in Nederland conservatief.

²¹ 50 Jaar Hartstichting, jubileumboek hartstichting, 2014, pag 69 e.v.

Door het succes van de behandeling zien we echter dat artsen tegenwoordig sneller dan voorheen kiezen voor het plaatsen van een prothese.

We spraken met dr. Stephan Vehmeijer over heupoperaties. Hij is sinds 2004 orthopedisch chirurg en werkzaam bij de Reinier de Graaf Groep. Daarnaast is hij verbonden aan Orthoparc, een kliniek voor innovatieve orthopedie in Bosch en Duin.

Geschiedenis²²

Gewrichtsvervangende heupoperaties zijn standaardoperaties geworden. Men heeft echter lange tijd gezocht naar een succesvolle methode om een aangedaan of 'versleten' heupgewricht pijnvrij te maken. De eerste pogingen het heupgewricht te vervangen en een oplossing te bieden voor de klachten van de patiënt, dateren uit begin 20e eeuw. Rond 1900 werden de eerste gedocumenteerde experimenten gedaan door Sir Robert Jones. Hij probeerde het aangedane gewricht te beplakken met een klein laagje goud om het oppervlak te herstellen en het gewricht weer goed in elkaar te laten passen. Zonder goed resultaat. Vanaf 1923 experimenteerde Smith-Peterson met heupprothesen gemaakt van glas. Deze prothesen braken binnen enkele maanden. Desalniettemin waren dit de eerste belangrijke stappen naar de ontwikkeling van de huidige heupprothesen en werd hierna gezocht naar meer duurzame materialen om heupprothesen van te maken. Verschillende combinaties en materialen werden getest. De eerste echt succesvolle heupprothese was een metaal-op-metaal verbinding en werd ontworpen door doctor McKee. In eerste instantie waren de resultaten zeer goed. Patiënten konden weer goed lopen en er waren relatief weinig problemen met pijn. Het grote probleem was echter dat deze prothesen na verloop van tijd los lieten. Hier werd een botcement (polymethylmetacrylaat, een soort twee-componenten kunstharz dat na vermenging binnen enkele minuten hard wordt) voor ontwikkeld, en dit resulteerde in een ware revolutie in de heupvervangings. Dr. John Charnley maakte furore met een andere dan metaal-op-metaal combinatie. Hij geloofde dat de resultaten van metaal-op-metaal met gebruik van cement verbeterd konden worden.

Hij was ervan overtuigd dat het metaal op den duur problemen zou opleveren vanwege de krachten die er in de heup samen komen. Na een experiment met een teflonprothese ontdekte Charnley dat de wrijving van metaal op kunststof te vergelijken was met die in een normale, gezonde heup. Hierop ontwikkelde hij een heupprothese met een metalen kopje en een polyethyleen cupje. Latere varianten op deze Charnley-heupprothese werden verbeterd door middel van ontwikkeling en harder maken van het gebruikte polyethyleen. De Charnley-heupprothese werd vanwege zijn succes lange tijd gezien als 'gouden standaard' in de orthopedie. Deze prothese wordt nog steeds geplaatst. Momenteel kunnen we globaal stellen dat jongere patiënten vaak ongecementeerde prothesen krijgen en oudere gecementeerde. Dit heeft grotendeels te maken met de botkwaliteit van de patiënt.

²² De informatie over de geschiedenis van heupoperaties is in belangrijke mate ontleent aan: <http://www.heupoperatie.nl/paginas/38-geschiedenis.html>; Tevens is informatie ontleent aan P. Pilot, S.B.W. Vehmeijer, e.a. *Stand van zaken rond de totale heup en knieartroplastiek*, Huisarts en Wetenschap, 2009.

Maar er zijn ook ziekenhuizen die praktisch altijd cementeren en ziekenhuizen die bijna alle prothesen ongECEmenteerd plaatsen.

Ook Vehmeijer benoemt de enorme ontwikkeling die op het gebied van materiaal, maar ook qua behandeling is doorgemaakt. "In 25 jaar is er veel vooruitgang geboekt bij het plaatsen van heupprothesen. Een nieuwe heup was in het verleden een grote operatie met veel bloedverlies", aldus Vehmeijer. "De cijfers van de periode tussen 1987 en 1995 tonen dit ook aan. In die tijd traden er bij een heupoperatie bij 2,2% van de ingrepen ernstige complicaties op. Je moet dan denken aan ernstige hartklachten of een longembolie en bij 1 op de 200 patiënten leidde een dergelijke ingreep zelfs tot overlijden." De houdbaarheid van een nieuwe heup was in die tijd ook veel korter, terwijl heupen nu ook bij jongere patiënten geplaatst worden die een heup doorgaans zwaarder belasten. Vehmeijer: Er was eind jaren '80 en begin jaren '90 periode veelal sprake van trial and error. Dit heeft niet alleen veel betere heupen opgeleverd, maar ook meer inzicht in slechte kwaliteit heupen en een betere behandeling. Het is een gevoelig begrip maar de periode van trial and error heeft de orthopedie en deze specialisatie in het bijzonder veel innovatie en ook betere kwaliteit gebracht."

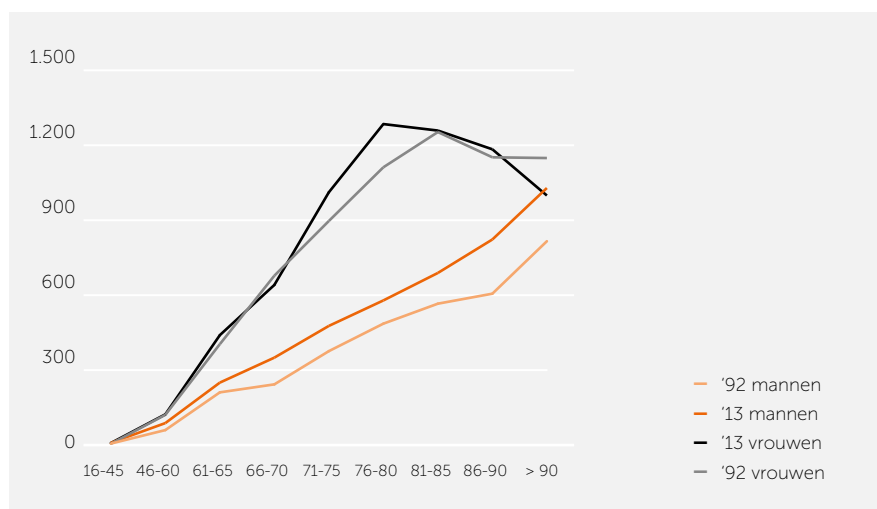
Omvang

In figuur 1.16 is de ontwikkeling van het aantal heupoperaties in beeld gebracht voor mannen en vrouwen in het jaar 1992 en 2013. Bij vrouwen is het aantal heupoperaties vooral gestegen in de leeftijdsgroep 71-80 jaar. In de overige leeftijdscategorieën is er nauwelijks verandering zichtbaar.

Bij mannen is het aantal heupoperaties toegenomen voor alle 65-plussers. Het aantal heupoperaties bij vrouwen ligt veel hoger als die bij mannen met uitzondering van de 90-plussers.

Het totaal aantal heupoperaties steeg tussen 1992 en 2013 van ruim 19.000 naar 30.000 in 2013.

Figuur 1.16 | Heupoperaties per 100.000 mannen resp. vrouwen naar leeftijd (1992 resp. 2013)



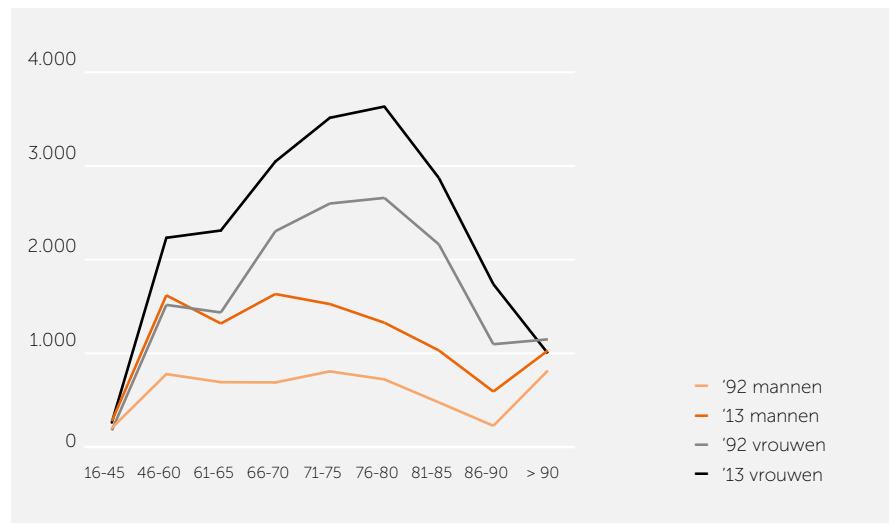
Bron: LMR, LBZ

Het aantal heupoperaties bij mannen is in deze periode ruim verdubbeld van 4.700 naar 9.600.

Het aantal heupoperaties bij vrouwen ligt in 1992 op 14.400. Dat is driemaal zo veel als het aantal operaties bij mannen. In 2013 ligt het aantal heupoperaties bij vrouwen op ruim 20.000.

In figuur 1.17 is zichtbaar dat het aantal heupoperaties tussen 1992 en 2013 vooral bij mannen sterk is toegenomen, maar dat de meeste operaties nog steeds bij vrouwen voorkomen.

Figuur 1.17 | Ontwikkeling aantal heupoperaties 1992–2013 (x 1.000)



Bron: LMR, LBZ

Procesinnovatie

In de laatste 25 jaar is niet alleen vooruitgang geboekt in materialen en medische technologie. Ook in het behandelproces zijn grote stappen gezet. Vehmeijer: "Zo'n 15 jaar geleden kwam joint care in zwang bij het plaatsen van heupprothesen. Deze vorm van operational process redesign heeft een daling van de ligduur van 10 tot 4 nachten opgeleverd. Een hele belangrijke eerste stap in de ligduurverkortening. Daarna hebben we binnen de orthopedie het accent verlegd naar medical process redesign. Door goed te kijken naar de medische aspecten in de zorgprocessen is verdere vooruitgang geboekt. Een voorbeeld van medical process redesign is het wijzigen van het pijnstillingsprotocol. Door geen morfine te gebruiken maar pijnstilling waar je niet misselijk van wordt is de patiënt sneller ter been en neemt de spiermassa sneller toe. Dit bevordert het revalidatietraject. Snel ter been heeft ook mentaal een positief effect en geeft de patiënt ook het vertrouwen om thuis te revalideren." De ontwikkelingen in medical process redesign heeft een verdere ligduurverkortening opgeleverd van 4 naar 1 nacht. Maar de lat is nog niet bereikt, vindt Vehmeijer.

Revalidatie

Op basis van functionele testen blijkt dat patiënten gemiddeld na zes tot negen weken weer op hun preoperatieve niveau zitten. Patiënten rapporteren dit herstel zelf al eerder: uit patiëntgeoriënteerde scorelijsten voor fysiek functioneren blijkt dat patiënten zelf vinden dat ze na gemiddeld één tot drie weken weer op het preoperatieve niveau zitten. De verbetering van de functionele vaardigheden en de conditie vlakt in de loop der tijd af, maar loopt vaak door tot minimaal een jaar na de operatie.

Vehmeijer zet zich in voor een goede revalidatie en heeft daar een duidelijke mening over: "Ik ben ervan overtuigd dat patiënten toch het liefste thuis zijn en daar ook het beste herstellen. Door steeds weer innovatieve stappen aan de behandeling toe te voegen lukt het mij nu om patiënten veilig op de dag van de operatie naar huis te laten gaan. Het beter en sneller herstellen van patiënten is mijn ultieme doel en continue innovatie is in mijn ogen ook datgene dat we moeten nastreven om dit te realiseren".

Specialisatie

Specialisatie binnen het vakgebied orthopedie heeft de zorg voor de patiënt ook veel gebracht. De specialisaties in het plaatsen van heupprothesen hebben duidelijk snellere en betere operaties opgeleverd. Vehmeijer: "Als je iets vaak doet word je er nu eenmaal steeds beter in. Maar het is belangrijk dat er ruimte blijft voor de leercurves van assistenten, onze toekomstige specialisten. Dit borgt niet alleen ons vakgebied, maar zorgt juist ook voor innovatie. Een frisse blik en een andere aanpak kan tot enorme verbeteringen leiden. We moeten ervoor zorgen dat we deze ruimte blijven bieden in Nederland."

Wat betekent het voor de patiënt

Veel meer patiënten dan 25 jaar geleden komen momenteel in aanmerking voor een heupprothese vanwege minder belastende operatietechnieken. Ook starten patiënten veel sneller met de revalidatie na een operatie waardoor het herstelproces veel sneller gaat.

Nieuwste ontwikkelingen

De ontwikkeling van de heupprothesen heeft in korte tijd een enorme groei doorgemaakt. Er zijn veel veelbelovende nieuwe technieken op de markt. Hechting van de steel van de heupprothese en heupkom zijn verbeterd door het gebruik van verschillende soorten coating in plaats van hechting met cement, zoals het hydroxi-apatiet, een bestanddeel van menselijk bot. Dit bevordert de groei van het eigen bot aan de prothese. Ook andere coatings, zoals poro-coat (kleine bolletjes waarin het bot groeit) zijn zeer succesvol gebleken. De verwachting is dat de ontwikkeling van heupoperaties in de toekomst vooral gericht is op de zogenaamde minimaal invasieve operaties (waarbij zo min mogelijk weefsel tijdens de operatie beschadigd wordt) en op computer genavigeerde operaties (waarbij de heup nog nauwkeuriger geplaatst wordt). In de praktijk gebeurt dit al.

1.5.3 Casus chronische nierinsufficiëntie

Aandoening

Chronische nierinsufficiëntie wordt ook wel nierfalen genoemd en betekent dat de nieren niet goed meer werken. De nieren zijn de zuiveringsinstallatie van het lichaam. Ze halen gif- en afvalstoffen uit het bloed en verwijderen deze via de urine uit het lichaam. Daarnaast spelen de nieren een rol bij het reguleren van de bloeddruk, het aanmaken van rode bloedcellen en het maken van vitamine D. Bij nierfalen zijn de nieren niet meer in staat om al deze taken goed uit te voeren. Nierfalen is geen aandoening op zichzelf, maar het gevolg van andere aandoeningen²³. Er zijn twee vormen van nierfalen: acuut en chronisch. Bij acuut nierfalen werken de nieren plotseling niet meer. Bij chronisch nierfalen werken de nieren langzaam steeds slechter. In het begin merk je er maar weinig van omdat de gezonde delen van de nier nog kunnen compenseren. Als de ziekte progressief is, breidt de beschadiging zich steeds verder uit totdat de nieren het niet meer aankunnen.

Esther-Clair Sasabone (1970) is sinds haar derde chronisch nierpatiënt. Het nierfalen heeft ze opgelopen als complicatie na een streptokokkeninfectie. Tot haar twaalfde is ze medicamenteus en met haemodialyse behandeld. In totaal heeft ze vier niertransplantaties gehad. De eerste was in 1983 en de laatste transplantatie heeft ze in 2010 gehad. In 2007 heeft ze meegedaan aan De Grote Donorshow (BNN). Zij zat in het 'complot' van dit eenmalige programma. Zij heeft twee boeken ('De wonderlijke ruimtereis van Steven Serman', 2014 en 'Broers en Zussen. Hoe is het voor jou?', 2016) geschreven vanuit Bureau Sterrenstof, een stichting waarmee Vincent Moolenaar en Esther-Clair hun ervaringen als levenslange nierpatiënt om kunnen zetten in advies en betekenisvolle projecten voor chronisch zieke kinderen en hun omgeving.

Algemeen beeld van de behandeling van nierfalen in de afgelopen 25 jaar

In de jaren '80 waren er als behandelmethoden de haemodialyse. In de jaren daarna werd de peritoneaal dialyse steeds meer gebruikt. Momenteel dialyseert ongeveer 25% van de patiënten via peritoneale dialyse. De veranderingen bij de haemodialyse hebben vooral betrekking op verbeteringen aan de dialyse-apparatuur, de tijdstippen waarop en de plaats waar gedialyseerd kan worden. Waar in de jaren '80 en '90 vrijwel alleen maar overdag in het ziekenhuis kon worden gedialyseerd, is het nu ook mogelijk om dat 's nachts en bijvoorbeeld thuis of in een dialysecentrum te doen. De gemiddelde duur van de haemodialyse is wel wat afgenomen, maar duurt nog steeds ongeveer 4½–5 uur.

Momenteel wordt de donornier steeds vaker verkregen van familie of bekenden van de nierpatiënt. De grootste voordelen hierbij zijn dat het moment van de transplantatie kan worden gepland. Hierdoor zijn donor en ontvanger op het moment van de operatie in een optimale conditie. De wachttijd op een nier wordt hierdoor aanmerkelijk verkort, waardoor de ontvanger minder lang of helemaal niet hoeft te dialyseren.

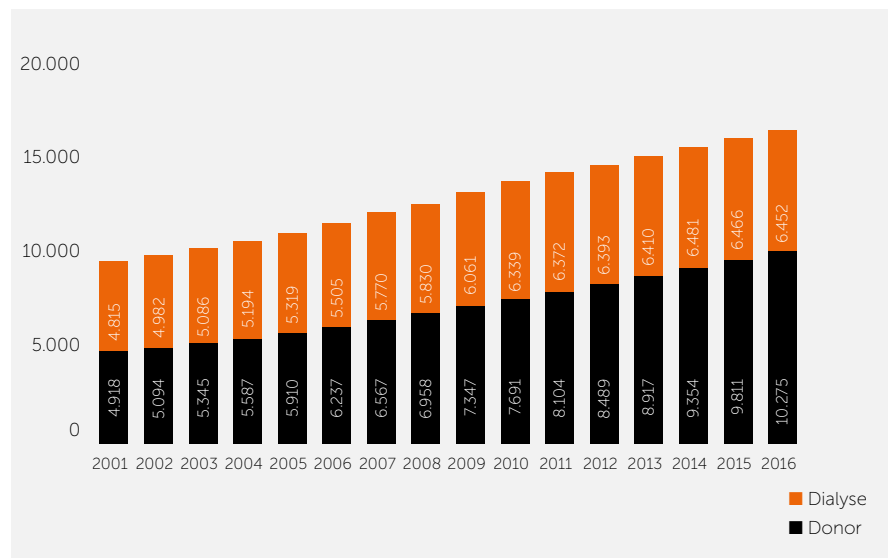
23 <https://www.gezondheidsplein.nl/aandoeningen/nierfalen/item37401>

Daarbij komt dat de nier van een levende donor in een betere conditie is dan de nier van een overleden donor. Het orgaan is namelijk kortere tijd buiten het lichaam en er treedt minder bewaar- en transportschade op. Als het gaat om familietransplantatie is een bijkomend voordeel dat de weefselkenmerken van de donornier vaak goed overeenkomen met die van de ontvanger. De laatste tien jaar is in Nederland transplantatie van een bij leven gedoneerde nier de eerste keus van behandeling geworden, liefst voordat de ontvanger moet dialyseren.

Regie en keuzemogelijkheden

De rol van de patiënt is de laatste 25 jaar enorm veranderd. Mede doordat de patiënt mede door internet en social media meer informatie tot zijn beschikking heeft is er veel meer samenwerking met de behandelaren. Ook het op afstand in kunnen zien van het eigen dossier leidt tot meer zelfregie voor de patiënt. Ook de rol van de behandelaar is hierdoor veranderd. Van het sturen en bepalen wat goed is voor de patiënt laat de huidige specialist de regie steeds meer bij de patiënt liggen en treedt dan waar mogelijk op als samenwerkingspartner en adviseur.

Figuur 1.18 | Aantal patiënten (op 1 januari) met nierfunctie vervangende therapie patiënten met functionerende donornier en dialyse patiënten



Bron: Renine, nefrodata

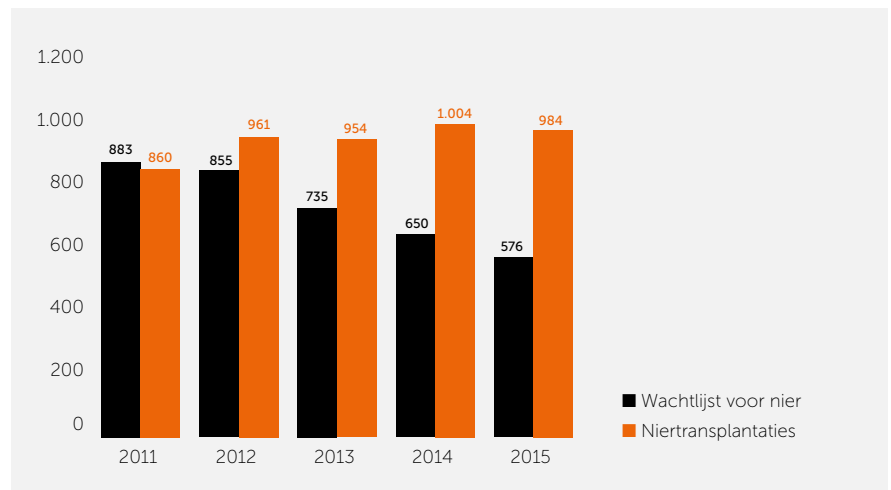
De niertransplantatie

In de preklinische fase van de transplantatie is de afgelopen 25 jaar niet zo heel veel veranderd. Het dieetregime is wel wat minder strak. Daarnaast is de ongewenste kans op ontstekingsreacties van het lichaam fors verbeterd door de ontwikkeling van nieuwe medicijnen. Deze medicijnen zijn nu veel beter doseerbaar en er kan meer individueel bepaald worden welke medicijnen het beste voor de patiënt zijn. Daar waar in 1990 een patiënt ongeveer tien dagen werd opgenomen is dit nu teruggebracht naar ongeveer zes dagen. Dit heeft o.a. te maken met de minder invasieve operatietechnieken, waardoor een sneller mobilisatieschema te realiseren is. Daarnaast kan een transplantatie van een

levende donor veel beter worden voorbereid. De revalidatiefase na transplantatie verloopt, door bovengenoemde factoren, ook makkelijker dan in de jaren '90. Er is begeleiding vanuit de specialist en de verpleegkundigen. Esther-Clair: "Ik heb nog wel een tip voor de specialist of verpleegkundige. Adviseer de patiënt om te gaan sporten en regel dat dit onder begeleiding kan. Dit is een grote meerwaarde voor de patiënt, omdat de fitheid hiermee wordt vergroot en zodoende ook de weerstand toeneemt".

Het aantal niertransplantaties per jaar ligt de afgelopen vijf jaar op ongeveer 950. Het aantal patiënten op de wachtlijst voor transplantatie neemt de laatste vijf jaar, onder invloed van de toename van levende donoren, geleidelijk af.

Figuur 1.19 | **Ontwikkeling omvang wachtlijst niertransplantatie en aantal transplantaties 2011–2015**



Bron: <http://www.transplantatiestichting.nl/cijfers/organen-cijfers-van-de-afgelopen-jaren>

Wat betekent het voor de patiënt: Kwaliteit van leven

De kwaliteit van leven is de afgelopen jaren sterk toegenomen. De ontwikkeling van methoden om nierfalen in een vroeg stadium te ontdekken, heeft daaraan bijgedragen. Hierdoor kan eerder een interventie worden ingezet. Dat geldt ook voor de ontwikkeling van nieuwe medicijnen die de achteruitgang van de nierfunctie kunnen voorkomen, betere dialyse-apparaten, dialyse die meer "op maat gesneden" is en betere resultaten van transplantatie.

Belasting bij dialyseren

De fysieke belasting bij dialyseren is de afgelopen jaren afgenomen. Dit heeft vooral te maken met de ruime keuze van de tijdstippen waarop de dialyse plaatsvindt. Maar ook de plaats van de dialyse heeft geleid tot een minder fysieke belasting (thuisdialyse of nachtdialyse in een centrum, waardoor de patiënt een min of meer regulier dag- en nachtritme heeft).

Belasting bij transplantatie

De fysieke belasting bij transplantatie is vrijwel gelijk gebleven. De geestelijk/emotionele belasting blijft echter groot. Esther-Clair: "Ik heb dan wel een transplantatie gehad, maar ik blijf ook patiënt. Ik zal mijn hele leven medicijnen moeten slikken en de angst voor opnieuw afstoting blijft". Sinds de donornier van familie of bekenden meer gebruikelijk is, is er ook meer aandacht voor familie van de patiënt. Esther-Clair: "Ik was dit al gewend, omdat ik als kind al een transplantatie heb gehad. Ik weet nog wel dat ik op mijn 18e niet meer bij de kinderarts onder behandeling kon blijven. Bij de overgang naar 'volwassene' werd ik ineens geacht dingen zelf aan te geven. Dat was toen wel lastig, maar ik heb de indruk dat er nu veel meer aandacht is voor deze overgang". De aandacht voor de patiënt is ook positief beïnvloed door de komst van bijvoorbeeld de Ronald McDonaldhuizen, waardoor familie veel makkelijker dichtbij de patiënt kan blijven.

Grootste veranderingen

Esther-Clair: "Voor mij zijn vooral de opkomst van informatie via internet (medio jaren 90) en de introductie van EPO²⁴ (officiële toekenning in 1989) de grootste positieve veranderingen geweest. Daarnaast is de kans op een ontstekingsreactie verminderd door de ontwikkeling van nieuwe medicijnen. Ik hoef hierdoor minder medicijnen te slikken, omdat het nu veel meer custom-made aangeboden wordt".

1.5.4 Casus Geboortezorg

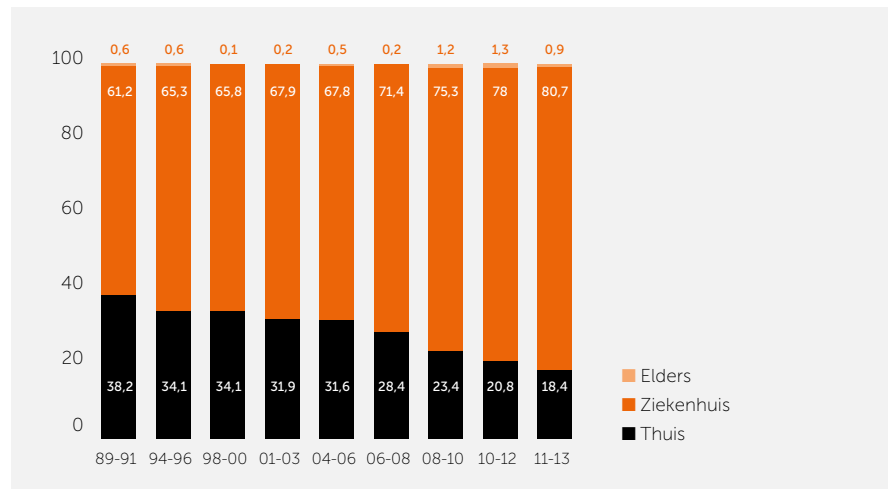
In de geboortezorg is een enorme vooruitgang geboekt. Er zijn allerlei medische, technische en patiëntgebonden ontwikkelingen geweest. Met gynaecologen dr. Nico Mensing van Charante en dr. Hajo Wildschut (onlangs gepensioneerd) van het Westfriesgasthuis, blikken we terug op een aantal belangrijke veranderingen rondom geboortezorg in de afgelopen 25 jaar.

Meer samenwerking tussen eerste en tweede lijn

De verloskundige organisatie in Nederland gaat uit van de basisfilosofie dat zwangerschap en bevalling in het algemeen fysiologische gebeurtenissen zijn. De begeleiding bij vrouwen waarbij de zwangerschap en bevalling normaal verlopen vindt daarom in principe plaats in de eerste lijn, door de verloskundige. In dit systeem beviel uiteindelijk ruim 40% van alle zwangere vrouwen in 2000 geheel onder begeleiding van de eerste lijn, en vond ruim 30% van alle bevallingen thuis plaats. In 2013 is het aantal thuisbevallingen gedaald naar ruim 18%.

²⁴ Erythropoëtine (EPO) werkt in op het beenmerg waar het de productie van rode bloedcellen stimuleert. De stof wordt gebruikt als geneesmiddel voor mensen met slecht tot niet functionerende nieren, die ondanks kunstnierbehandeling bijna allemaal bloedarmoede kregen door een gebrek aan epo. Door EPO wordt de bloedarmoede gecorrigeerd.

Figuur 1.20 | Ontwikkeling aandeel thuisbevallingen en ziekenhuisbevallingen 198–2013



Bron: CBS, Statline, bevalling en geboorte

De grenzen tussen de werkterreinen van de verloskundige en de gynaecoloog waren 25 jaar geleden veel strikter dan nu. Dr. Wildschut: “tijdens mijn opleiding was er vooral veel aandacht voor de biomedische kant van de verloskunde en veel minder aandacht voor psychosociale factoren”. Jarenlang fungeerde de verloskundige indicatielijst volgens Kloosterman (d.d. 1959) als richtlijn²⁵ voor de afbakening van die grens. Inmiddels is deze vervangen door een indeling in laag-, middel- en hoog-risicosituaties, waarbij over de middengroep overleg dient plaats te vinden tussen de verloskundige en de gynaecoloog.

Dr. Wildschut: “Deze risicoselectie is een belangrijke reden voor nauwe samenwerking tussen de eerstelijns verloskundigen en de tweedelijns. Met de nieuwe plannen voor geïntegreerde geboortezorg is een meer holistische aanpak gekomen voor de zwangere vrouw.”.

Creëren van een open sfeer

Samenwerking tussen de eerstelijnsverloskundigen en de tweedelijns om zo de uitkomsten van de zorg te verbeteren is een mooi motto, maar in de praktijk niet zo gemakkelijk realiseerbaar. Verloskundigen en gynaecologen kijken vanuit een verschillend perspectief naar hun vak. Dr. Wildschut: “de gynaecoloog moet af van de biomedische benadering van de zwangere en de verloskundige moet af van de allergie van alles wat met geneeskunde te maken heeft”. In Hoorn heeft men de afgelopen jaren hard gewerkt aan integrale geboortezorg met verloskundigen om optimale zorg te kunnen bieden aan zwangeren uit de regio. Eén van de succesformules voor een betere samenwerking tussen alle betrokken zorgverleners is het houden van intervisiebijeenkomsten. Dr. Mensing: “We creëren een veilige, open sfeer waar geen sprake is van ‘blaming en shaming’. Er worden steeds verschillende casussen ingebracht. Bijvoorbeeld: Wat betekent dat voor jou ‘de zwangere centraal stellen’? Uit zo’n discussie komt naar voren dat iedereen daar een heel eigen idee over heeft. Deze bijeenkomsten bieden veel inzicht in elkaars denkbeelden; het brengt bovendien aan het licht wat de kern is van eventuele weerstand. Het zorgt dat er meer respect is voor elkaar.

Dr. Wildschut: Dat is een belangrijke basis om als team goed te functioneren: ieder heeft eigen competenties; alle competenties in een team zijn even waardevol. Dat de één een academische studie heeft gedaan, maakt hem of haar niet beter dan de ander”.

Counseling²⁶

In de meer holistische aanpak van geboortezorg is de zwangere, veel meer dan vroeger, centraal komen te staan. Dit is duidelijk merkbaar aan de houding van de arts tegenover de patiënt. Dr. Wildschut: “Je kunt als arts de plank aardig mis slaan als je je niet vergewist van de verwachting van de patiënt”. Wanneer we retrospectief op een bevalling terugkijken, kan er een zekere mate van discrepantie in tevredenheid bestaan tussen de patiënt en de gynaecoloog: de gynaecoloog oordeelt bijvoorbeeld dat de bevalling prima, zonder complicaties is verlopen, maar de patiënt blijkt toch ontevreden; omgekeerd komen dergelijke situaties uiteraard ook voor. Het draait allemaal om verwachtingsmanagement.

Wildschut: “Ik vraag nu aan zwangere vrouwen welke verwachtingen ze hebben ten aanzien van de bevalling. Als ik kijk naar hoe ik counselde 25 jaar geleden en nu is dat 180 graden veranderd”.

Dr. Mensing: “Een van de manieren waardoor we tegenwoordig proberen de zorg beter af te stemmen op de wensen van de patiënt is door de zwangere te stimuleren om een geboorteplan te maken”. In het geboorteplan beschrijft zij haar wensen rondom de bevalling; degenen die de bevalling begeleid(en)t kan hier zoveel mogelijk rekening mee houden. “We merken dat hierdoor de angst voor de bevalling af neemt, omdat de zwangere voelt dat er naar haar geluisterd wordt”. Het serieus nemen van de patiënt betekent ook dat het belangrijk is om open te zijn en gemaakte fouten durven te erkennen. Dr. Wildschut: “Het weghouden van dingen bij de patiënt maakt het nog erger. Het is veel beter om te erkennen dat het niet goed is gegaan. Mensen waarderen het dat je het serieus neemt”.

Vooraf van wat oudere collega's krijgt Wildschut kritiek wanneer hij vertelt over de andere wijze waarop hij tegenwoordig counselt: “Men is bang dat deze manier van het gesprek voeren veel meer tijd kost”. Het tegendeel blijkt echter vaak waar; je bent minder tijd kwijt aan het overtuigen wat in jouw visie het beste is voor de patiënt. Ook wordt hem tegengeworpen dat mensen het niet zouden begrijpen en dat het keuzestress oplevert. Wildschut geeft aan dat ook dit gemakkelijk uit te vragen is; als de zwangere aangeeft de keuze liever bij de arts neer te leggen dan is dat ook een optie.

²⁶ Counseling is een laagdrempelige vorm van hulpverlening. Letterlijk vertaald uit het Engels betekent het raadgeven. Het doel van counseling is het helpen van mensen bij het oplossen of hanteren van problemen, het vinden van antwoorden op vragen, het benutten van ongebruikte mogelijkheden en het ontwikkelen van kennis en vaardigheden

Informatievoorziening

Naast het uitvragen van verwachtingen is de informatievoorziening veel beter geworden dan vroeger. We leven anno 2016 in een digitaal tijdperk; er is een schat van informatie voor iedereen toegankelijk. De genetica verandert ongelooflijk snel. Dr. Wildschut: "vroeger kreeg je tijdens het consult van de patiënt een gesloten envelop met daarin de verwijsbrief van de huisarts. Nu heb ik me voordat ik een patiënt ontvang al verdiept in haar dossier. Ook de patiënt heeft vaak zelf al het nodige gelezen voordat zij op het consult verschijnt. Dat is totaal anders dan 25 jaar geleden".

Omdat er veel meer en betere informatie beschikbaar is, kunnen overbodige behandelingen en opnames voorkomen worden. Dr. Mensing: "neem als voorbeeld een trombose in een eerdere zwangerschap; vroeger betekende dit dat een nieuwe zwangerschap automatisch begeleid werd door een gynaecoloog. We weten nu dat de kans op herhaling klein is. Na een gewogen risicoselectie kan nu gedeelde zorg "shared care" worden aangeboden in plaats van een medische indicatie. Dit is iets wat we steeds meer doen in geboorteland als een soort voorloper voor echte integrale geboortezorg. Ook in ons ziekenhuis hebben we zo genoemde DUO spreekuren, waarbij de klinisch verloskundige en gynaecoloog samen een spreekuur runnen en afspreken wie van de zwangere welke zorgverlener nodig heeft. Dit is heel werkzaam voor zwangeren met een tweeling, keizersnede in voorgeschiedenis, hoge bloeddruk en suikerziekte die al dan niet aan de zwangerschap gerelateerd is.

Naast informatievoorziening via internet krijgen zwangere vrouwen gedurende hun zwangerschap veel meer keuze-informatie aangeboden, denk daarbij aan extra groei-echo's, 20-weeken echo en prenatale (non-invasieve) downscreening. Tot 2004 werd in Nederland gescreend met de zogeheten 'tripletest' maar was er geen landelijk beleid voor een prenatale downscreening. Vrouwen van 36 jaar of ouder kwamen in aanmerking voor een diagnose met de vlokcentest of een vruchtwaterpunctie. In 2001 en 2004 publiceerde de Gezondheidsraad adviesrapporten over de prenatale screening op downsyndroom. Op basis van deze adviezen besloot het ministerie van VWS in 2004 om de combinatietest²⁷ aan iedere zwangere aan te bieden²⁸.

Kraamsuites

Naast de eerder geschetste ontwikkelingen is er ook veel veranderd om in te spelen op de behoefte van de kraamvrouw. Er is op het gebied van pijnbestrijding tijdens de bevalling veel meer mogelijk dan 25 jaar geleden. Verder zijn er naast thuisbevallingen en poliklinische bevallingen, ook andere mogelijkheden voor zwangere vrouwen gekomen. Vanwege het afnemende aantal vrouwen dat thuis wilde bevallen en het feit dat de ziekenhuizen de toegenomen vraag niet aan konden, ontstonden na 1995 de eerste geboortecentra met kraamsuites.

²⁷ De screening op downsyndroom gebeurt met de combinatietest. De combinatietest bestaat uit 2 verschillende onderzoeken: bloedonderzoek in de 9e tot 14e week van de zwangerschap en echo (nekplooiemeting) in de 11e tot 14e week van de zwangerschap.

²⁸ Bron: www.rivm.nl

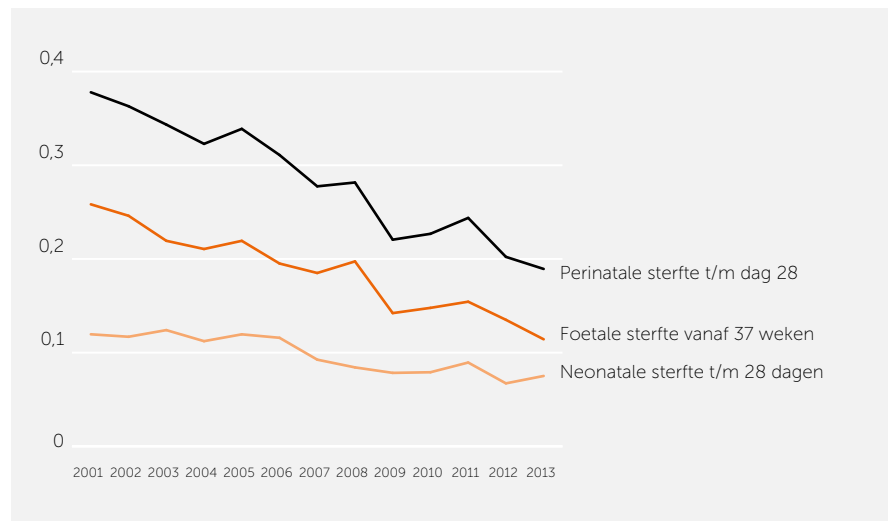
Er zijn verschillende vormen: de een is puur en alleen een plek om te bevallen, in de ander (meestal kraamhotel genoemd) kun je alleen na de bevalling verblijven en soms kun je in een geboortecentrum bevallen en daarna nog een paar dagen blijven. Voorwaarde is dat een geboortecentrum aan een ziekenhuis vast zit, waar je als moeder en baby in geval van complicaties geholpen wordt. Het Westfriesgasthuis heeft in juni 2015 in het nieuwgebouwde gedeelte van het ziekenhuis het geboortecentrum met zestien kraamsuites in gebruik genomen.

Dr. Mensing: "De kraamsuites bieden de kraamvrouw en partner enorm veel privacy en alles is binnen handbereik indien nodig". Tijdens hun hele verblijf van bevallen en de kraamperiode blijven moeder en kind in hun 'eigen' suite. Partners kunnen ook gewoon blijven slapen. Baby's die te vroeg geboren zijn of nog extra medische ondersteuning nodig hebben na hun geboorte, worden opgenomen in een couveusesuite. Voorheen lagen deze baby's bij elkaar op één afdeling en konden ouders op bezoek komen. Nu kan één van de ouders continu bij hun eigen kindje op de eigen suite verblijven met eigen badkamer en zelfs blijven slapen.

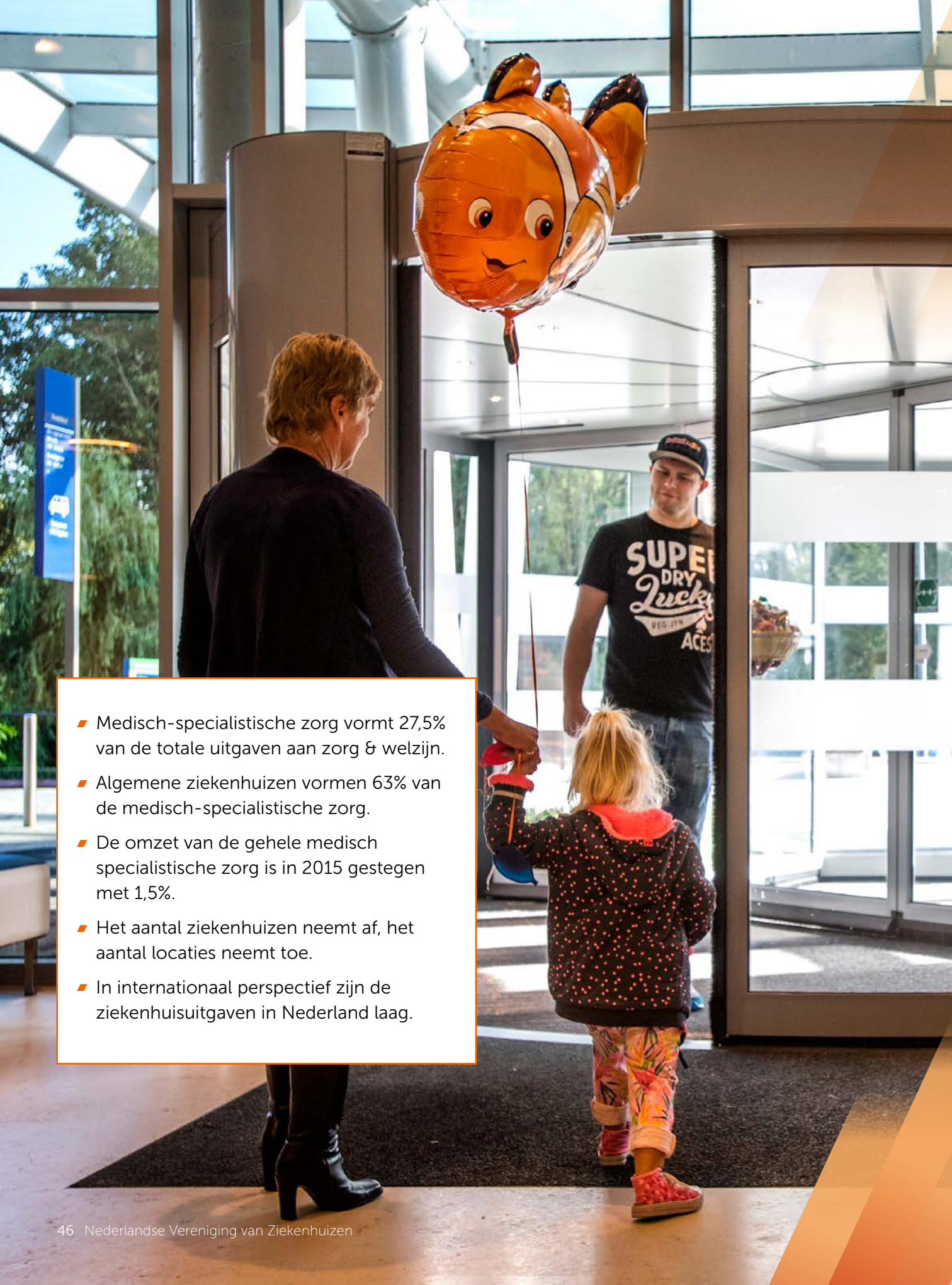
Sterftecijfers

Uit cijfers van de Stichting Perinatale Registratie Nederland (2012) blijkt dat het sterftecijfer in 2012 in vergelijking met ruim tien jaar daarvoor (2001) met 28 procent is gedaald. Van de ruim 175.000 kinderen die in 2012 geboren zijn, zijn 1.491 kinderen doodgeboren of overleden in de eerste vier levensweken. De grootste sterfte treedt op bij zeer vroeg geboren kinderen, tussen de 22ste en de 27ste zwangerschapsweek. Dit is 68% van de totale sterfte (1.018 kinderen). Het percentage sterfte van voldragen baby's, vanaf 37 weken zwangerschap, is sinds 2001 gedaald van 3,8 naar 2,0 per duizend baby's. Een daling van maar liefst 47%.

Figuur 1.21 | Ontwikkeling perinatale sterfte (per duizend) in de jaren 2001–2013



Bron: Perinatale audit op koers, stichting PAN 2014, CBS



- Medisch-specialistische zorg vormt 27,5% van de totale uitgaven aan zorg & welzijn.
- Algemene ziekenhuizen vormen 63% van de medisch-specialistische zorg.
- De omzet van de gehele medisch specialistische zorg is in 2015 gestegen met 1,5%.
- Het aantal ziekenhuizen neemt af, het aantal locaties neemt toe.
- In internationaal perspectief zijn de ziekenhuisuitgaven in Nederland laag.

2 ZORG

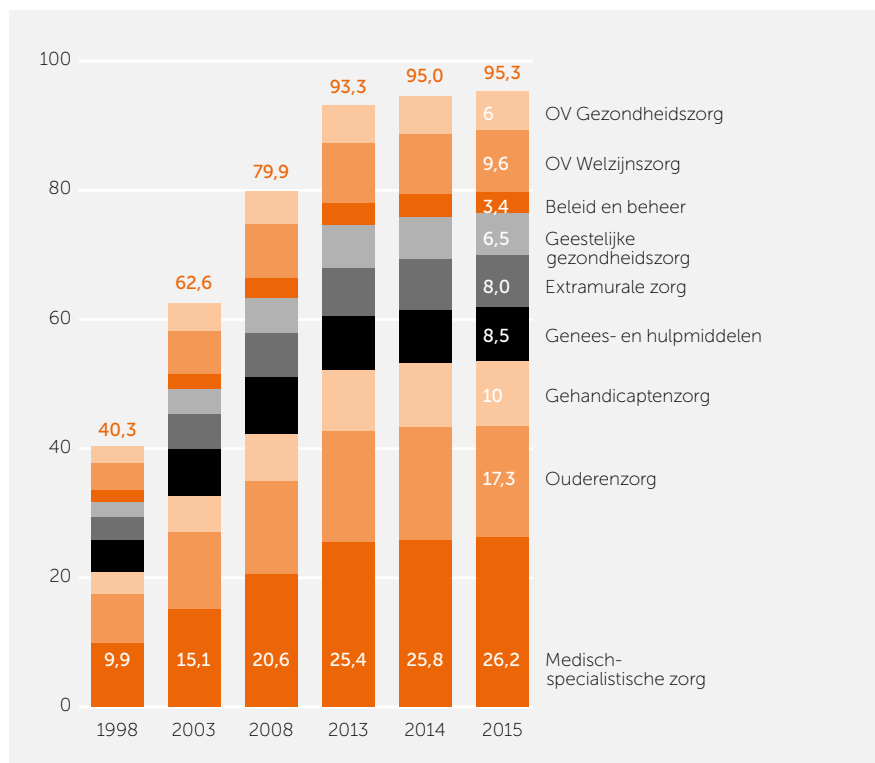
in perspectief

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de algemene ziekenhuizen in het bredere perspectief van de gehele Nederlandse economie geplaatst.

De uitgaven aan zorg & welzijn kunnen op vele manieren in beeld worden gebracht. In dit hoofdstuk wordt de indeling gebruikt die het CBS hanteert in de zogeheten Zorgrekeningen. Zorg & welzijn omvat de medisch-specialistische zorg, ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg, extramurale zorg, genees- en hulpmiddelen, kinderopvang, arbodiensten en beleid en beheer.

Figuur 2.1 | Uitgaven zorg & welzijn per branche 1998–2015 (€ miljard)



Bron: CBS, Zorgrekeningen. Het CBS heeft afgelopen jaar een revisie doorgevoerd. Daardoor zijn de cijfers in bovenstaande tabel niet geheel vergelijkbaar met die uit het Brancherapport 2014.

Het kader voor de medisch-specialistische zorg bestaat uit de uitgaven aan algemene en categorale ziekenhuizen, universitair medische centra, revalidatiecentra, honoraria voor medisch specialisten en zelfstandige behandelcentra. Algemene ziekenhuizen omvatten sinds 2015 tevens het grootste deel van de honoraria van de medisch specialisten vanwege de invoering van de integrale tarieven. Het omzetaandeel van de algemene ziekenhuizen in 2015 betreft 63% van de totale medisch-specialistische zorg. De uitgaven van de medisch-specialistische zorg worden vergeleken met die van de gehele sector zorg & welzijn (figuur 2.1).

2.2 Uitgaven zorg & welzijn in Nederland

De uitgaven aan zorg & welzijn bedragen in 2015 ruim € 95 miljard. De uitgaven zijn ten opzichte van 1998 meer dan verdubbeld. Toen bedroegen de kosten ruim € 40 miljard.

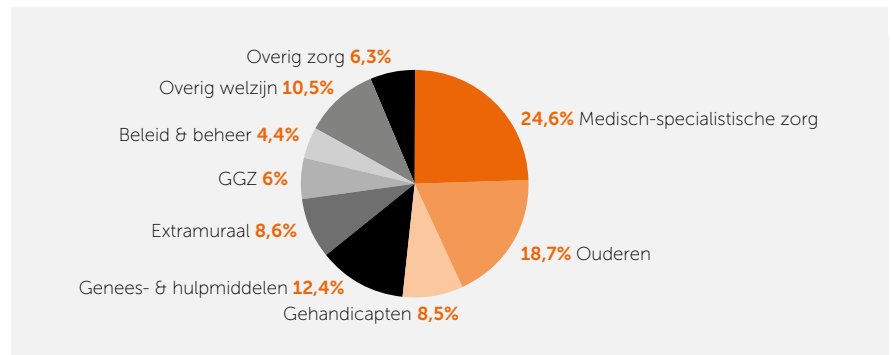
De omzet van de gehele medisch-specialistische zorg is in 2015 met 1,5% gestegen van € 25,8 naar € 26,2 miljard. Vanwege stelselwijzigingen en bezuinigingen is de omzet in de ouderenzorg in 2015 gedaald van € 17,6 naar € 17,3 miljard. Het aandeel ouderenzorg is in 2015 ten opzichte van 2014 dan ook sterk gedaald (van 18,6% naar 18,1%; figuur 2.3). De gehandicaptenzorg groeide in 2015 met 2,5% van € 9,8 naar € 10 miljard (figuur 2.1).

De uitgaven aan medisch-specialistische zorg zijn tussen 1998 en 2015 gestegen van € 9,9 naar € 26,2 miljard. De uitgaven aan ouderenzorg stegen in deze periode van € 7,5 naar € 17,3 miljard en die voor gehandicaptenzorg van € 3,4 naar € 10,0 miljard.

Het aandeel medisch-specialistische zorg in de totale uitgaven aan zorg & welzijn is tussen 1998 en 2015 gestegen van 24,6% naar 27,5% (figuur 2.2 en figuur 2.3). Een deel van deze toename is toe te schrijven aan de overheveling van dure geneesmiddelen van de geneesmiddelensector naar de medisch-specialistische zorg.

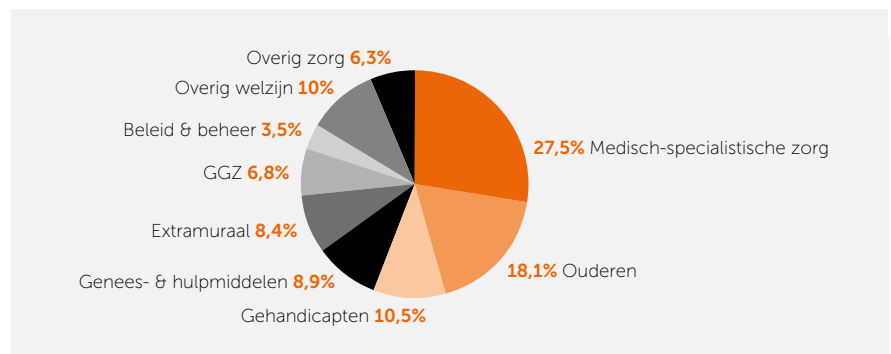
Het aandeel gehandicaptenzorg is eveneens gestegen (van 8,4% naar 10,5%) net als de GGZ (van 6,0% naar 6,8%). Branches die in 17 jaar in omvang zijn gekrompen zijn geneesmiddelen (van 12,4% naar 8,9%) en beleid en beheer (van 4,4% naar 3,5%). De daling van het aandeel van de geneesmiddelensector is toe te schrijven aan prijsdalingen, omdat in de beschouwde periode veel geneesmiddelen met een hoog volume (bijvoorbeeld cholesterolverlagende en maagzuurremmers) uit patent liepen. Daarnaast zijn dure geneesmiddelen overgeheveld van de sector geneesmiddelen naar de medisch-specialistische zorg.

Figuur 2.2 | Uitgaven zorg & welzijn naar sector (relatief aandeel, 1998)



Bron: CBS, zorgrekeningen

Figuur 2.3 | Uitgaven zorg & welzijn naar sector (relatief aandeel, 2015)



Bron: CBS, zorgrekeningen

2.3 Financiering zorg & welzijn in Nederland

De financiering van de zorg vindt voor het grootste deel (46%) plaats via de Zorgverzekeringswet (Zvw). De Wet Langdurige Zorg (Wlz), opvolger van de Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten (AWBZ) draagt voor 21% bij aan de financiering van de zorg. De overheid volgt met bijna 19% (figuur 2.4).

Eigen betalingen, eigen risico en eigen bijdragen

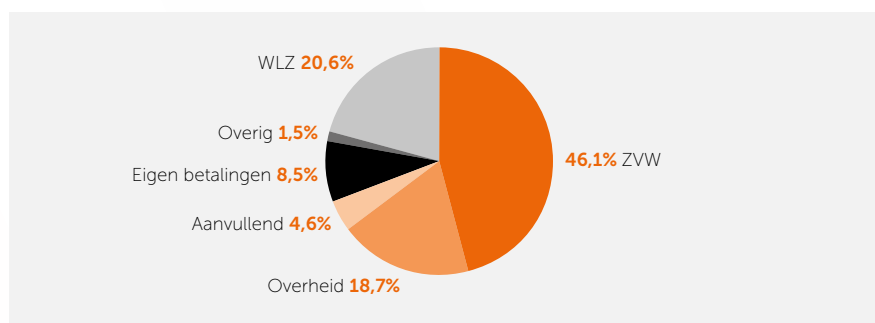
Het aandeel eigen betalingen ligt met 8,5% relatief laag ten opzichte van andere Europese landen. Eigen betalingen zijn rechtstreekse betalingen van burgers aan de aanbieders van gezondheidszorg. Overigens is het percentage eigen bijdragen in de praktijk hoger, omdat het deel van de eigen bijdragen dat via het eigen risico naar zorgverzekeraars gaat, niet is meegerekend. De bijdrage van verzekerden vanwege het eigen risico in de zorgverzekering bedragen in 2015 bijna € 3,2 miljard ofwel 3,3% van de totale uitgaven in zorg en welzijn. Ook de eigen bijdragen aan de Wlz tellen niet mee bij de eigen betalingen. In 2015 bedroegen deze eigen bijdragen bijna € 1,9 miljard ofwel 2,0%. De som van de eigen betalingen en de eigen bijdragen tellen dus op tot 13,8% van de totale uitgaven aan zorg en welzijn.

Publieke financiering

De medisch-specialistische zorg wordt vrijwel geheel (95%) gefinancierd door de Zorgverzekeringswet. De overheid betaalt 1,4%, vooral via bijdragen aan diverse subsidieregelingen.

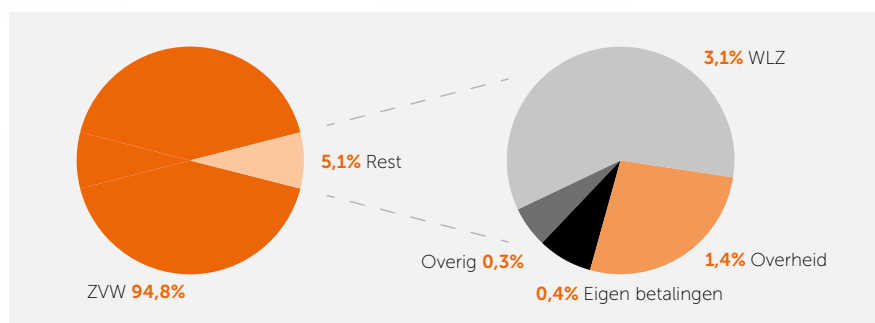
De Wlz financiert ruim 3% van de omzet. Overigens bestaat dit voor een belangrijk deel uit vergoedingen aan ouderenzorg die door ziekenhuizen worden geleverd die ook verpleeghuiszorg aanbieden op concernniveau. Het CBS deelt instellingen naar sectoren in op basis van het belangrijkste bedrijfs onderdeel. Ziekenhuizen met een verpleeghuis binnen het concern worden geheel ingedeeld bij de medisch-specialistische zorg (figuur 2.5).

Figuur 2.4 | Uitgaven zorg & welzijn naar financier (relatief aandeel, 2015)



Bron: CBS, zorgrekeningen

Figuur 2.5 | Uitgaven algemene, categorale en academische ziekenhuizen naar financiering (relatief aandeel, 2015)



Bron: CBS, zorgrekeningen

2.4 Groei van de zorguitgaven

De gemiddelde uitgavengroei in zorg & welzijn is in de periode 2008–2015 (2,6%) veel lager dan in de periode 1998–2008 (7,1%). Deze groeivertraging vindt plaats in alle zorg & welzijn-branches. De uitgavengroei is niet gecorrigeerd voor loon- en prijsstijgingen.

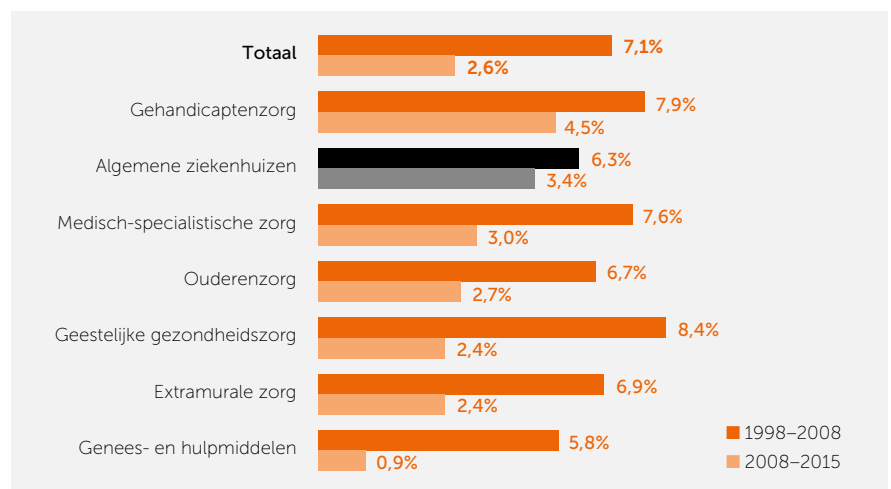
De sector genees- en hulpmiddelen kent als enige een daling in de uitgaven. Tot 2008 bedroeg de groei hier nog gemiddeld 5,8%, in de laatste zes jaar zijn de uitgaven gemiddeld met 0,5% gedaald. De daling is voor een deel toe te schrijven aan prijsdalingen, vanwege het uit patent lopen van veel geneesmiddelen met een hoog consumptievolume. Een ander deel van deze daling is toe te schrijven aan de overheveling van dure geneesmiddelen van de branche geneesmiddelen naar de medisch-specialistische zorg, zoals TNF-alfaremmers in 2012, groei-hormonen in 2013 en fertiliteitsmiddelen in 2015 (totaal circa € 900 miljoen). Zonder deze overheveling zouden de uitgaven voor geneesmiddelen met 0,9% zijn gegroeid (figuur 2.6).

In de periode 1998-2008 was de groei het sterkst in de geestelijke gezondheidszorg (8,4%). In de gehandicaptenzorg zijn de uitgaven in de afgelopen vijf jaar het sterkst gestegen (gemiddeld 4,5%).

De medisch-specialistische zorg groeide in de laatste zeven jaar met gemiddeld 3,5%. Gecorrigeerd voor de overheveling van de dure geneesmiddelen komt de gemiddelde groei uit op 3,0%. In de periode 1998–2008 bedroeg de groei nog 7,6% (figuur 2.6).

De uitgaven van de algemene ziekenhuizen groeiden tussen 1998–2008 met 6,3%, en in de periode 2008-2015 met 4,5%. Gecorrigeerd voor de overheveling dure geneesmiddelen en de honorariumomzet uit het Medisch Specialistisch Bedrijf, die sinds 2015 tot de ziekenhuisomzet wordt gerekend, bedraagt de groei gemiddeld 3,4% in deze periode.

Figuur 2.6 | Gemiddelde jaarlijkse groei van de uitgaven in % per branche (1998–2008; 2008–2015)



* Het groeipercentage bij algemene ziekenhuizen is voor de periode 2008–2015 gecorrigeerd voor de overheveling van dure geneesmiddelen en de honoraria medisch specialisten

** Het groeipercentage bij medisch-specialistische zorg is voor de periode 2008–2015 gecorrigeerd voor de overheveling van dure geneesmiddelen

*** Het groeipercentage bij Genees- en hulpmiddelen is voor de periode 2008–2015 gecorrigeerd voor de overheveling van dure geneesmiddelen naar ziekenhuizen.

Bron: CBS

2.5 Algemene ziekenhuizen en medisch-specialistische zorg

Het aanbod van medisch-specialistische zorg in Nederland wordt geleverd door algemene, academische en categorale ziekenhuizen, revalidatiecentra en ZBC's.

Sinds 2015 wordt vanwege de invoering van het integraal tarief de honorarium-omzet van de vrijgevestigde medisch specialisten tot de omzet van de ziekenhuizen gerekend.

In algemene ziekenhuizen zijn medisch specialisten zowel collectief, veelal binnen Medisch Specialistische Bedrijven werkzaam, als in loondienst van het ziekenhuis.

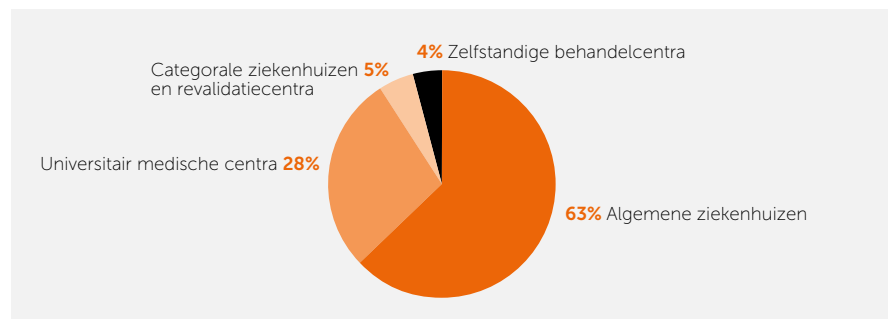
Figuur 2.7 laat zien dat de algemene ziekenhuizen 63% van de medisch specialistische zorg voor hun rekening nemen. De universitair medische centra vormen 28% van de omzet en de categorale ziekenhuizen (inclusief de revalidatiecentra) 5%. De ZBC's leveren 4% van de zorg.

In figuur 2.8 is de ontwikkeling van de omzet van de algemene ziekenhuizen vergeleken met die van de academische en de categorale ziekenhuizen (inclusief de revalidatiecentra) in beeld gebracht.

Het aandeel van de omzet van algemene ziekenhuizen ten opzichte van alle ziekenhuizen is sinds 2009 licht gedaald van 63,3% naar 62,7%. De academische ziekenhuizen zagen hun aandeel juist groeien van 31,4% naar 31,8%.

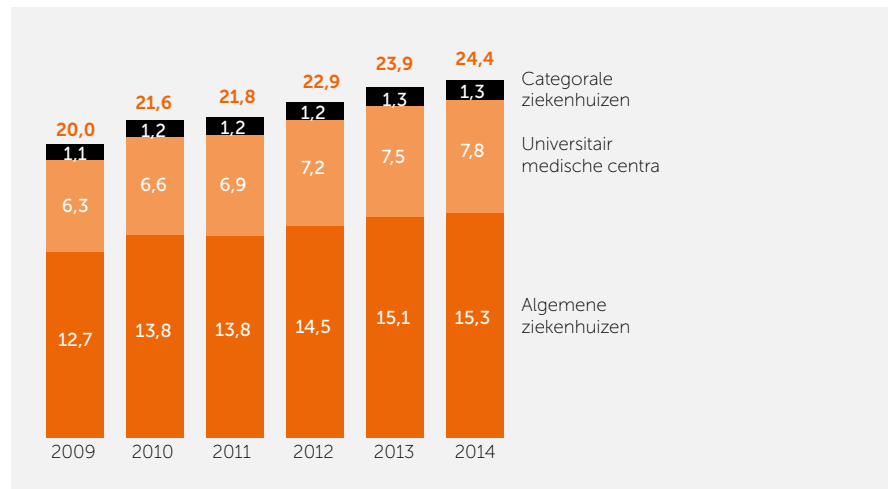
In 2014 bedroeg de geleverde zorg van de algemene ziekenhuizen (met uitzondering van de onderlinge leveringen en de niet-zorggerelateerde omzet) € 15,3 miljard. De universitair medische centra kenden een omzet van € 7,8 miljard en de categorale ziekenhuizen € 1,3 miljard.

Figuur 2.7 | Aandeel algemene ziekenhuizen binnen ziekenhuiszorg (2015)



Bron: Jaarrekeningen, NZa, Marktscan

Figuur 2.8 | Omzet geleverde zorg ziekenhuizen^a (2009–2014)



a) Het CBS geeft geen inzicht in de ontwikkeling van ZBC's. Het betreft hier de zorggerelateerde omzet, exclusief de omzet uit onderlinge dienstverlening.

Bron: CBS. Zorginstellingen; financiën en personeel, de cijfers over 2015 zijn nog niet beschikbaar

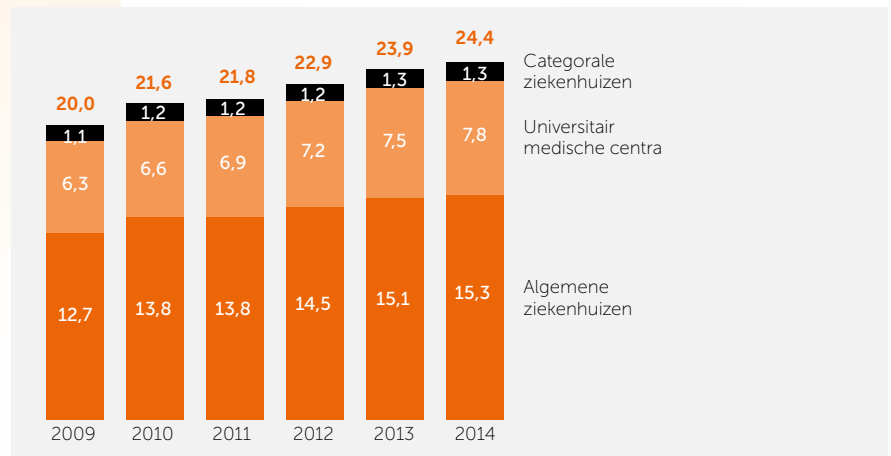
De financiering van de algemene, categoriale en academische ziekenhuizen vindt voor het overgrote deel (95%) plaats vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw). In 2015 bedroeg de financiering vanuit de zorgverzekeraars € 19,4 miljard (figuur 2.10, bovenste deel).

De Wet Langdurige Zorg (Wlz) is de opvolger van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De Wlz financiert vooral de zorg voor patiënten die in ziekenhuizen blijven, terwijl daar medisch geen noodzaak meer voor is ("verkeerde bedden"). Daarnaast is in deze cijfers ook de zorg van ziekenhuizen die op concernniveau ook verpleeghuiszorg verlenen opgenomen. Het CBS registreert alle zorg van een concern onder de branche waar de meeste omzet wordt geboekt. In 2015 bedraagt het aandeel verpleeghuiszorg in de financiering van ziekenhuizen € 624 miljoen ofwel 3,1%. Dit aandeel is afgenomen, omdat een aantal ziekenhuizen verpleeghuizen hebben afgesplitst van het concern (figuur 2.10, onderste deel).

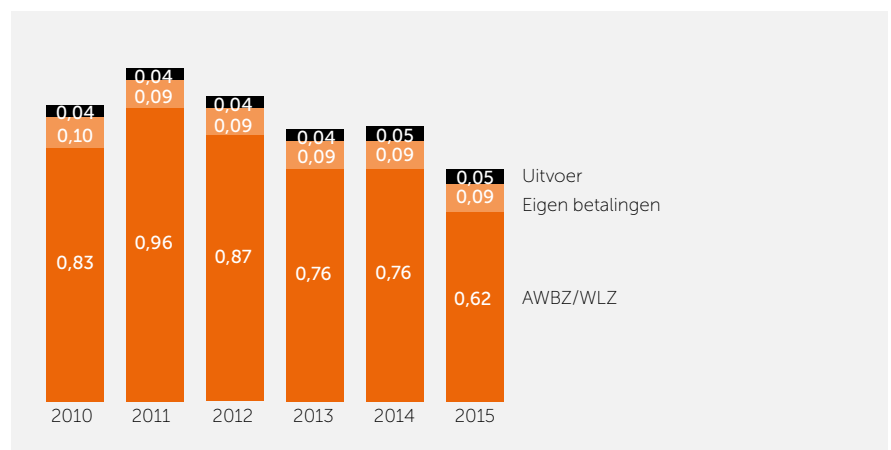
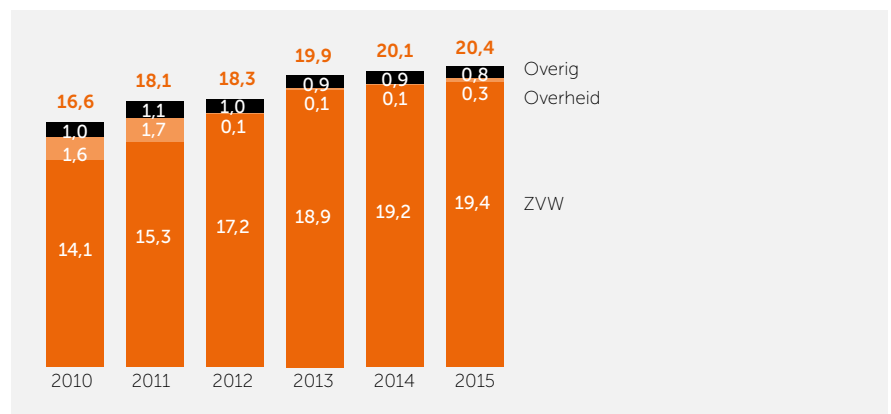
De overheidsbijdrage aan de ziekenhuizen omvat niet de werkplaatsfunctie en de medische faculteit bij de universitair medische centra. De teruggang van de overheidsbijdrage in 2013 heeft te maken met de overheveling van de financiering van de medisch-specialistische vervolgopleiding van de overheid naar de zorgverzekeringswet. In 2015 is weer een stijging te zien deels vanwege een financiële tegemoetkoming in het kader van de Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuiszorg (KIPZ).

Aan eigen betalingen en uit aanvullende verzekeringen voor niet verzekerde zorg ontvangen ziekenhuizen circa € 90 miljoen. De omzet uit zorg aan buitenlanders bedraagt € 50 miljoen.

Figuur 2.9 | Omzet geleverde zorg ziekenhuizen (2009–2014)



Figuur 2.10 | Financiering medisch-specialistische zorg (2010–2015)

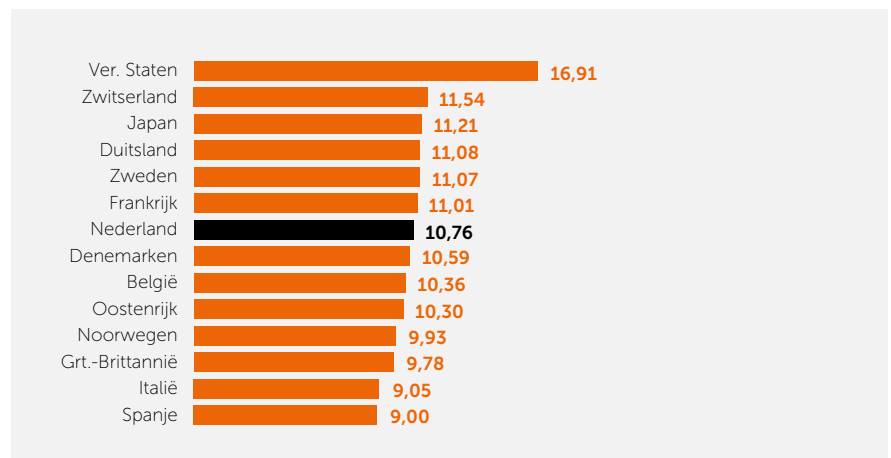


Bron: CBS. Zorguitgaven; aanbieders van zorg en financieringsbron

2.6 Betaalbaarheid

Als de uitgaven aan gezondheidszorg als percentage van het Bruto Binnenlands Product (BBP) in de belangrijkste westerse en ontwikkelde landen worden vergeleken, dan neemt Nederland een middenpositie in. In 2015 werd 10,76% van het BBP uitgegeven aan gezondheidszorg. In de Verenigde Staten ligt dit percentage veel hoger (16,91%). Zwitserland staat op de tweede plaats gevolgd door Japan, Duitsland, Zweden en Frankrijk (figuur 2.11). De OECD heeft afgelopen jaar een aantal wijzigingen in de statistieken doorgevoerd, waardoor Nederland niet langer na de Verenigde Staten als land met de hoogste uitgaven staat geassocieerd.

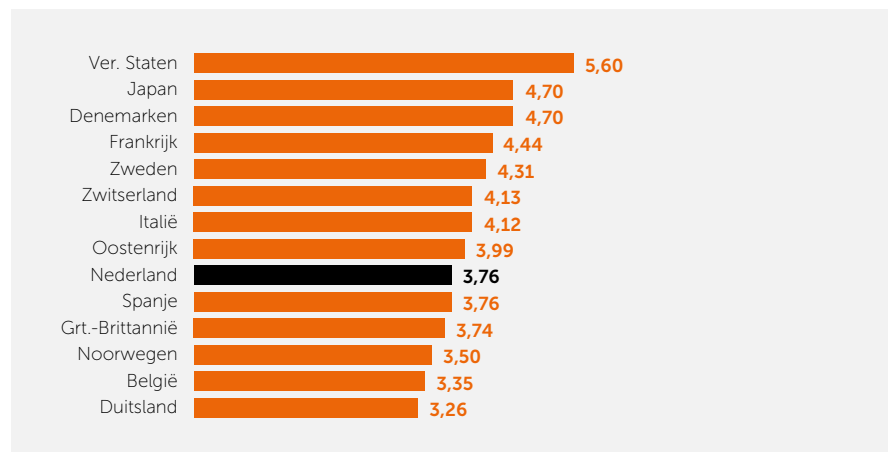
Figuur 2.11 | Aandeel uitgaven gezondheidszorg in BBP (% , 2015)



Bron: OECD Health Data

De uitgaven aan ziekenhuiszorg zijn in Nederland met 3,76% van het BBP relatief laag. Deze kosten zijn vergelijkbaar met die in Spanje en Groot-Brittannië. In landen als Denemarken, Italië en Oostenrijk wordt juist relatief veel geld uitgegeven aan ziekenhuiszorg (figuur 2.12).

Figuur 2.12 | Aandeel uitgaven ziekenhuiszorg in BBP (% , 2014)



Bron: OECD Health Data; gegevens over 2015 zijn nog niet beschikbaar

2.7 Spreiding ziekenhuizen

Het aantal algemene ziekenhuizen in Nederland is in de periode 2014–2016 vanwege fusies en een faillissement gedaald naar 69¹.

In 2014 vonden zes fusies plaats bij de algemene ziekenhuizen.

De volgende ziekenhuizen zijn gefuseerd in 2014:

- Noordwest Ziekenhuisgroep: Medisch Centrum Alkmaar (Alkmaar) en Gemini ziekenhuis (Den Helder);
- Reinier Haga Groep: Reinier de Graaf Groep (Delft) en Haga ziekenhuis (Den Haag);
- Ny Smellinge (Drachten) en Pasana Sionsberg² (Dokkum);
- Franciscus Gasthuis en Vlietland: St. Franciscus Gasthuis (Rotterdam) en Vlietland Ziekenhuis (Schiedam);
- Treant: Leveste Ziekenhuis (Emmen en Hoogeveen) en Refaja (Stadskanaal), en
- OLVG: Onze Lieve Vrouwe Gasthuis en St Lucas Andreas Ziekenhuis.

In 2015 is het aantal algemene ziekenhuizen als gevolg van onderstaande fusies verder gedaald.

- Bravis: Lievensberg (Bergen op Zoom) en St Franciscus (Roosendaal) (juridische fusie 1-1-2015);
- Isala: Isala (Zwolle) en Isala Diaconessenhuis (Meppel) (bestuurlijke fusie per 1-1-2015);
- Alrijne: Diaconessen en Rijnland (juridische fusie 1-1-2015);
- MC Haaglanden en Bronovo (juridische fusie 1-1-2015);
- Zuyderland: Atrium en Orbis (juridische fusie 1-1-2015);
- Spaarne Gasthuis: Kennemer en Spaarne (juridische fusie mrt-2015).

In 2016 was de fusie tussen het St. Elisabeth en het Tweesteden ziekenhuis.

¹ RIVM, <http://www.zorgatlas.nl/zorg/ziekenhuiszorg/algemene-en-academische-ziekenhuizen/aanbod/locaties-algemene-en-academische-ziekenhuizen/>

² Ziekenhuis Sionsberg is eind 2014 failliet gegaan. Er heeft een doorstart plaats gevonden met drie verschillende eigenaars: twee ZBC's en een Diagnostisch Centrum. De klinische activiteiten zijn beëindigd.

Het aantal ziekenhuislocaties met klinische bedden bedraagt 130. Het betreft 11 locaties van academische ziekenhuizen en 119 locaties van algemene ziekenhuizen. De algemene ziekenhuizen beschikken dus naast de hoofdlocatie nog over 49 nevenlocaties.

Daarnaast zijn er 109 buitenpoli's van algemene ziekenhuizen en twee buitenpoli's van universitair medische centra.

Het aantal nevenlocaties waarop ziekenhuiszorg wordt geleverd, neemt toe doordat er enerzijds meer ziekenhuizen met meerdere volwaardige locaties zijn en anderzijds doordat het aantal buitenpolilocaties toeneemt.

Categorale ziekenhuizen en instellingen voor klinische revalidatie

Momenteel zijn er in Nederland vier zelfstandige categorale ziekenhuizen: Het Oogziekenhuis in Rotterdam en het NKI Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis in Amsterdam, de Sint Maartenskliniek (orthopedie, reumatologie en revalidatie) en het Prinses Maxima Centrum voor Kinderoncologie in Utrecht.

Verschillende andere categorale ziekenhuizen zijn inmiddels opgegaan in algemene ziekenhuizen of universitair medische centra. Het betreft vooral kinderziekenhuizen en gespecialiseerde kankerziekenhuizen. Naast de categorale instellingen bestaan er nog audiologische centra, epilepsiecentra, en long- en astmacentra.

Bij de revalidatie-instellingen zijn niet de algemene ziekenhuizen meegenomen die klinische revalidatie aanbieden.

- Het aantal fte in ziekenhuizen is in 2015 licht gestegen, terwijl het aantal werkzame personen is afgenomen. Dit betekent dat de gemiddelde deeltijdfactor is gestegen.
- In 2015 waren er meer specialisten in loondienst dan vrijgevestigd.
- Het ziekteverzuim is in 2015 toegenomen, nadat het in 2014 een historisch laag peil bereikte.
- Vrijwel alle thema's rondom werkbeleving scoren in 2015 hoger dan in 2014.
- Werknemers in de branche ziekenhuizen werken tot op steeds hogere leeftijd door.



3 WERKEN

in ziekenhuizen

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staat het personeel dat werkzaam is in de ziekenhuizen centraal. In paragraaf 2 wordt de ontwikkeling van de werkgelegenheid in de gehele sector zorg & welzijn vergeleken met die in de ziekenhuizen. Binnen de ziekenhuizen wordt de ontwikkeling van de algemene ziekenhuizen gezet naast die in de academische ziekenhuizen, categorale ziekenhuizen en revalidatiecentra.

In paragraaf 3.3 en 3.4 staat de werkgelegenheid in algemene ziekenhuizen centraal. De werkgelegenheid in de ziekenhuizen daalt sinds 2013, maar laat in 2015 weer een lichte stijging zien. De deeltijdfactor is in 2015 gestegen.

Paragraaf 3.5 geeft ontwikkelingen bij de medisch specialisten weer. Het aandeel vrouwen is van 33% in 2009 naar bijna 40% in 2015 gestegen. Hoewel medisch specialisten op steeds latere leeftijd stoppen met werken, neemt het aantal niet meer werkzame (maar wel nog geregistreerde) medisch specialisten boven de 60 jaar toe.

Paragraaf 3.6 laat zien dat de zorgsector gemiddeld een hoog opleidingsniveau kent en dat het opleidingsniveau in de laatste jaren alleen maar is toegenomen.

Paragraaf 3.7 maakt zichtbaar dat de gemiddelde leeftijd waarop personeel stopt met werken in 2015 verder is gestegen. Mannen stoppen gemiddeld op een leeftijd van 64,3 jaar, vrouwen stoppen iets eerder met werken (63,9 jaar). Het aantal vacatures in de ziekenhuizen is in het afgelopen jaar gestegen. Medio 2013 bereikte een diepterecord wat betreft het aantal vacatures.

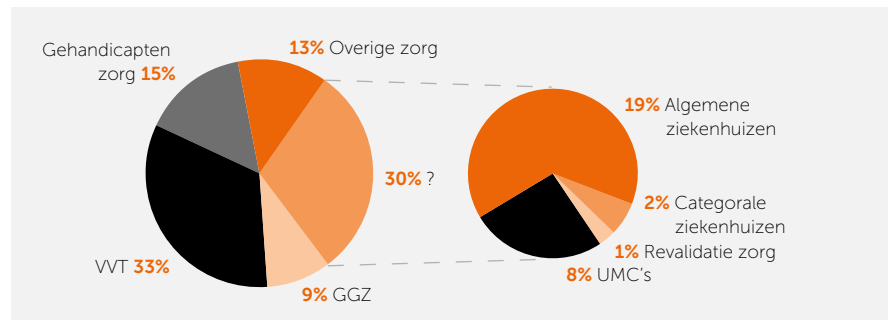
In paragraaf 3.8 wordt aandacht geschonken aan een benchmark, waarin de werkbeleving in de tijd en in vergelijking met andere sectoren in beeld wordt gebracht.

Paragraaf 3.9 beschrijft de eerste resultaten uit de Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuiszorg.

3.2 Werkgelegenheid in ziekenhuizen

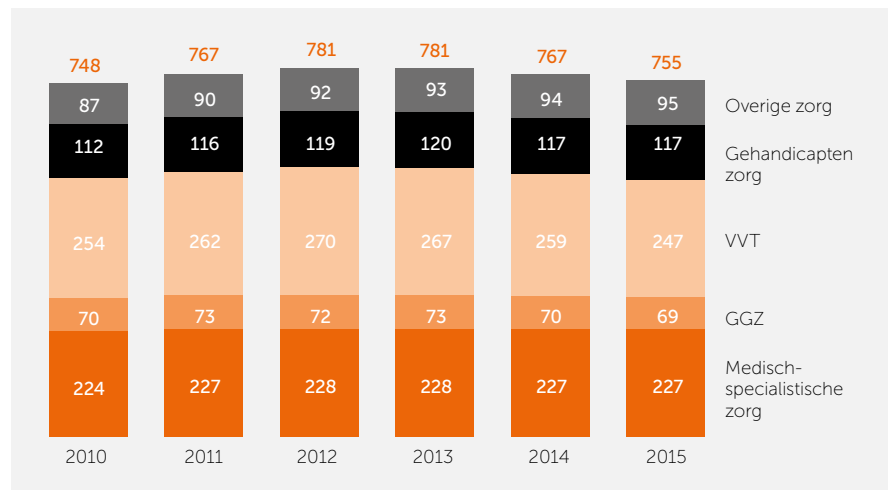
De sector zorg & welzijn is wat betreft het aantal banen één van de grootste economische sectoren in Nederland: 13% van het totale aantal banen in 2015 betreft de zorg (zie figuur 3.1). Waar voor de gehele Nederlandse economie al eerder een daling van het aantal fte zichtbaar was, valt ook in de zorg vanaf 2013 een daling te zien. In dat jaar was er voor het eerst in dit decennium een lichte daling van het aantal fte in de zorgsector. Het totaal daalde in 2015 verder en bedroeg toen 755.000 fte (figuur 3.2).

Figuur 3.1 | Voltijds equivalenten in de zorg (%; 2010–2015)



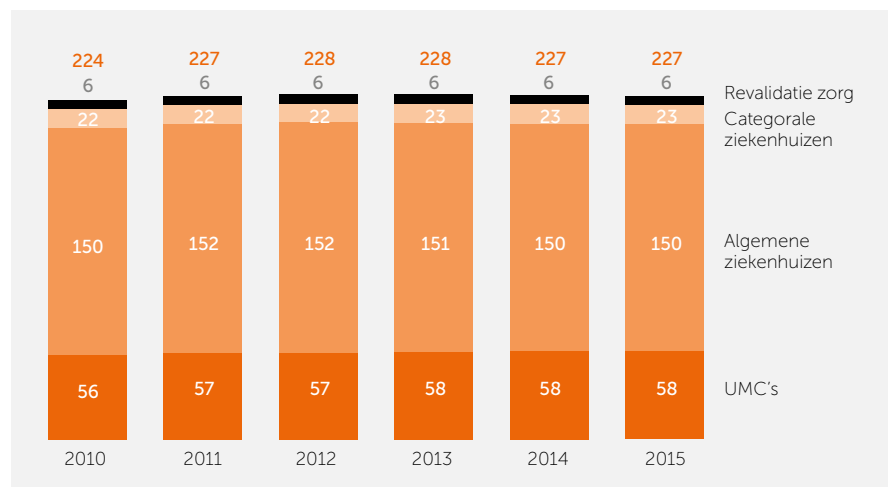
Bron: Onderzoeksprogramma AZW, CBS, PGGM, Revalidatie Nederland

Figuur 3.2 | Voltijds equivalenten in de zorg (x 1.000; 2010–2015)



Bron: Onderzoeksprogramma AZW, CBS, PGGM, Revalidatie Nederland

Figuur 3.3 | Voltijds equivalenten medisch-specialistische zorg naar categorie instelling (x 1.000; 2010–2015)



Bron: Onderzoeksprogramma AZW, CBS, PGGM, Revalidatie Nederland

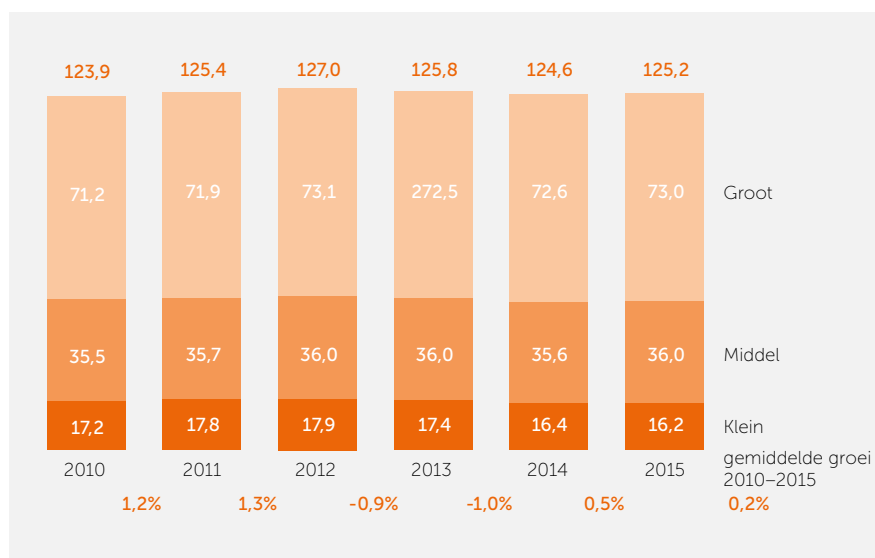
3.3 Personeel in algemene ziekenhuizen

Over de gehele periode 2010–2015 bedraagt de stijging van het aantal (omgerekende) voltijdfuncties in de algemene ziekenhuizen gemiddeld 0,2% per jaar. De stijging komt vooral voor rekening van de periode tot 2012 met een gemiddeld groei van 1,25% per jaar. In 2012 is de werkgelegenheid gegroeid tot 127.000 fte. In 2013 en 2014 daalt de werkgelegenheid en in 2015 is deze weer licht gegroeid. De daling in 2014 hangt deels samen met het faillissement van Sionsberg. (figuur 3.4).^{1, 2}

Het aantal medewerkers bedraagt in 2015 ruim 175.000. Ook hier valt de daling van het aantal medewerkers op vanaf 2012.

Opmerkelijk is dat in de afgelopen vijf jaar de groei van het aantal medewerkers in algemene ziekenhuizen is afgenomen, terwijl in fte nog een stijging is te zien. De gemiddelde werktijd per medewerker is dus toegenomen (figuur 3.5). De daling van de werkgelegenheid, sinds 2012, is het sterkst bij de kleinere ziekenhuizen.

Figuur 3.4 | Ontwikkeling personeel 2010–2015 (fte; x 1000); algemene ziekenhuizen

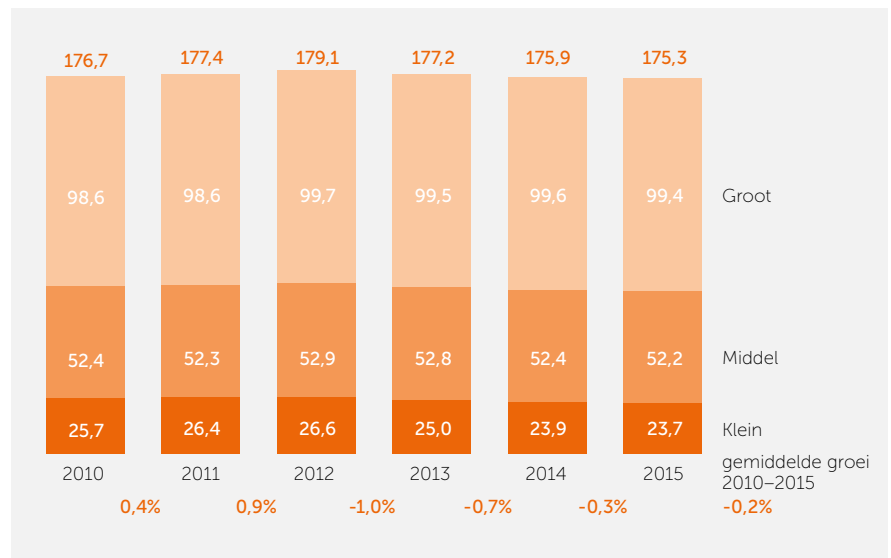


Bron: EJZ; DigiMV, exclusief stagiaires en personeel niet in loondienst

¹ De gegevens in paragraaf 2 (bron AZW) wijken af van de gegevens in deze paragraaf (bron EJZ). Dit heeft verschillende oorzaken. In de AZW-gegevens is iedereen met een arbeidscontract op de peildatum meegeteld. Dit is inclusief BBL'ers. In de EJZ vormen leerlingen een aparte categorie. Deze zijn niet meegerekend in de EJZ-gegevens. Afgezien daarvan zijn de AZW-gegevens 2014 en 2015 voorlopige gegevens. De EJZ gegevens 2015 zijn gebaseerd op 34 ziekenhuizen. De rest is gebaseerd op DigiMV.

² De indeling in kleine, middelgrote en grote ziekenhuizen is gebaseerd op de omzet in 2015 en bestaat per groep uit 23 ziekenhuizen. De indeling is veranderd ten opzichte van het vorige brancherapport. Dat hangt samen met de vele fusies van afgelopen jaren, waardoor het aantal ziekenhuizen van 81 naar 69 is gedaald. Hierdoor is de gemeenschappelijke omvang van de grote ziekenhuizen groter geworden en die van de kleine ziekenhuizen juist kleiner.

Figuur 3.5 | Ontwikkeling personeel 2010–2015 (personen; x 1000);
algemene ziekenhuizen



Bron: EJZ; DigiMV, exclusief stagiaires en personeel niet in loondienst

3.4 Omvang personeel naar functie en functiegroep

In de ziekenhuizen zijn verschillende personeelscategorieën te onderscheiden: verplegend en verzorgend personeel, medisch en sociaal wetenschappelijk personeel, leerling verpleegkundigen, hotelpersoneel, gebouwgebonden personeel, algemeen administratief personeel en overig patiëntgebonden personeel. Onder deze laatste groep valt bijvoorbeeld het paramedisch personeel, diëtiëk, en het personeel dat werkzaam is op de laboratoria en röntgenafdelingen.

De grootste personeelscategorie in de algemene ziekenhuizen wordt gevormd door het verpleegkundig en verzorgend personeel 36,5%. In 2015 werkten er bijna 46.000 (fte) verplegenden en verzorgenden in de algemene ziekenhuizen (figuur 3.6).

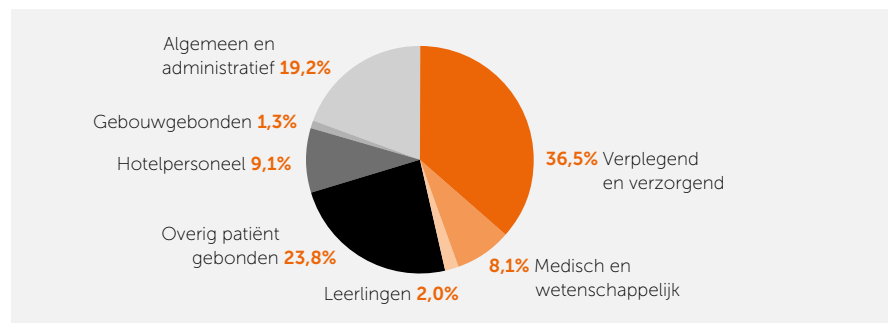
Verhouding patiëntgebonden/niet-patiëntgebonden personeel

De verhouding tussen patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden personeel is tussen 2010 en 2015 vrij stabiel. Het personeel in medische en sociaal-wetenschappelijke functies is het sterkst toegenomen (gemiddeld met 3,8%). Bij deze personeelsgroep zijn wel de medisch specialisten in loondienst meegeteld, maar niet de vrijgevestigde medisch specialisten. Het aantal medisch specialisten in loondienst is de afgelopen twee jaar, mede vanwege gewijzigd opleidingsbeleid, gegroeid.

Er zijn daartegenover veel minder leerling verpleegkundigen: de daling bedraagt hier gemiddeld ruim 6%. Het verplegend en verzorgend personeel is na een daling van 1.000 fte in 2014 in 2015 weer gegroeid met 300. Het overig patiënt-gebonden personeel is de op één na grootste groep en is in de afgelopen jaren vrijwel gelijk gebleven na een daling in 2013. De daling is vooral toe te schrijven aan het aantal leerling verpleegkundigen binnen deze groep ten gevolge van wijzigingen in de opleidingsstructuur.

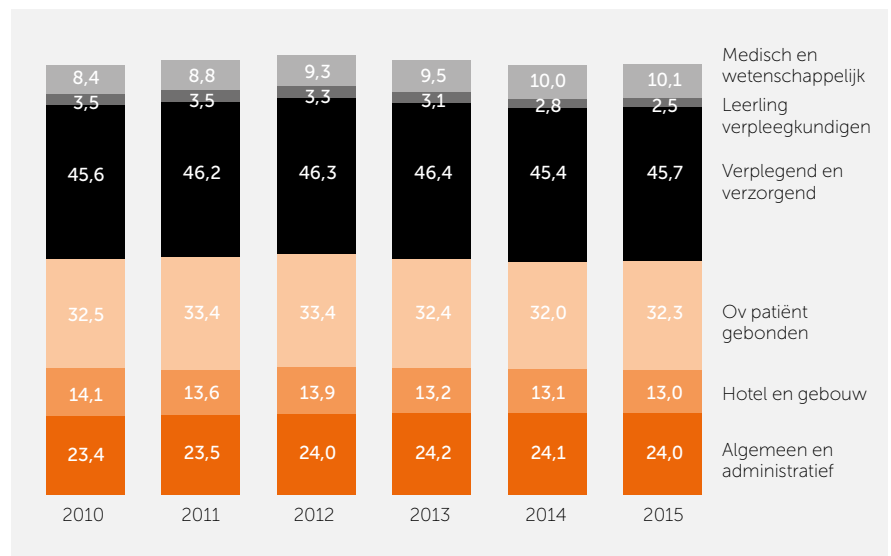
Het aandeel administratief personeel is gegroeid (met gemiddeld 0,6%) en het aandeel hotelpersoneel is gekrompen (-1,6%) (figuur 3.7).

Figuur 3.6 | Verdeling personeel algemene ziekenhuizen (fte; 2015)



Bron: EJZ; exclusief stagiaires en personeel niet in loondienst

Figuur 3.7 | Omvang personeel naar categorie (fte; 2010–2015)



Bron: EJZ; exclusief stagiaires en personeel niet in loondienst

3.5 Medisch specialisten

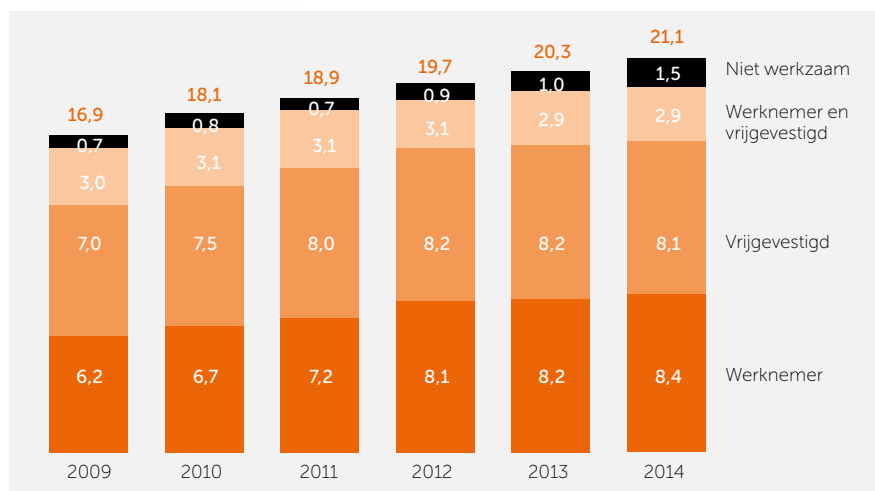
Medisch specialisten³ in ziekenhuizen kunnen in loondienst of vrijgevestigd zijn. Ook combinaties van beide komen voor. In de gegevens over personeels-categorieën naar functie in de vorige paragraaf zijn alleen de medisch specialisten in loondienst meegenomen. In deze paragraaf worden gegevens gepresenteerd over de totale groep medisch specialisten.

Het aantal medisch specialisten in Nederland, zowel in loondienst, vrijgevestigd als niet werkzaam, is in de periode 2009–2014 met 24% gestegen (figuur 3.8).

Opvallend is de stijging van het aantal niet werkzame medisch specialisten⁴. Dit aantal stijgt in 2014 ten opzichte van 2013 met 500 (ofwel met 50%) naar 1.545 ten opzichte van 2013. Dit hangt enerzijds samen met een groei van het aantal werkzoekenden. In de leeftijdscategorie 30–40 jaar is het aantal niet werkzame medisch specialisten in vijf jaar gegroeid van 75 naar 375. Anderzijds zijn er steeds meer medisch specialisten boven de 60 jaar die nog wel ingeschreven staan in het Big-register, maar niet meer werkzaam zijn. Hun aantal is in vijf jaar gegroeid van 410 tot 875.

Bij de werkzame medisch specialisten is de stijging het grootst bij de medisch specialisten in loondienst. Hiermee is het aandeel medisch specialisten in loondienst in 2014 voor het eerst groter dan het aandeel vrijgevestigde specialisten (figuur 3.9).

Figuur 3.8 | Aantal medisch specialisten in Nederland naar arbeidspositie (x 1.000)

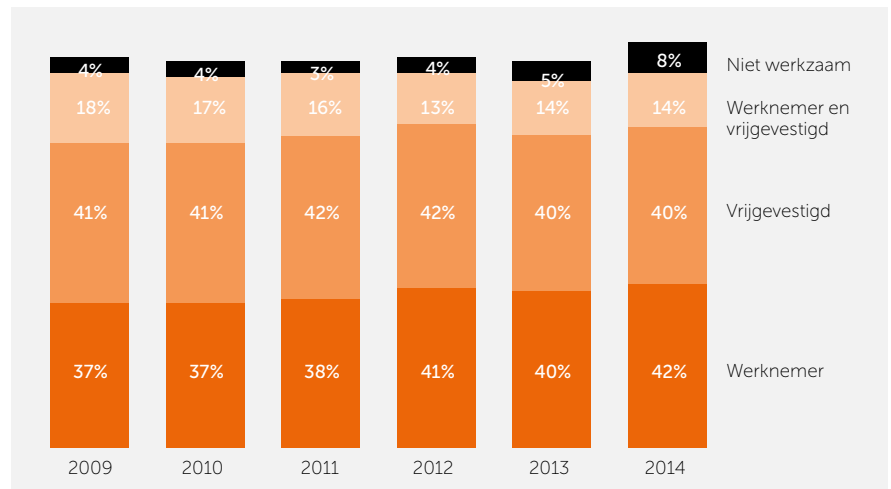


Bron: CBS

³ De aantallen medisch specialisten in deze paragraaf zijn gebaseerd op het BIG-register. Zij kunnen dus in algemene, academische ziekenhuizen werkzaam zijn als daarbuiten.

⁴ Niet werkzame medisch specialisten zijn specialisten die wel ingeschreven staan in het BIG-register, maar die niet aan een werkgever gekoppeld kunnen worden of als vrijgevestigd te boek staan.

Figuur 3.9 | Medisch specialisten in Nederland naar aandeel arbeidspositie (%)



Bron: CBS

Onder de medisch specialisten neemt het aandeel vrouwen sterk toe. In 2009 was een derde van de medisch specialisten vrouw, in 2014 is dit aandeel gestegen naar bijna 40% (figuur 3.10).

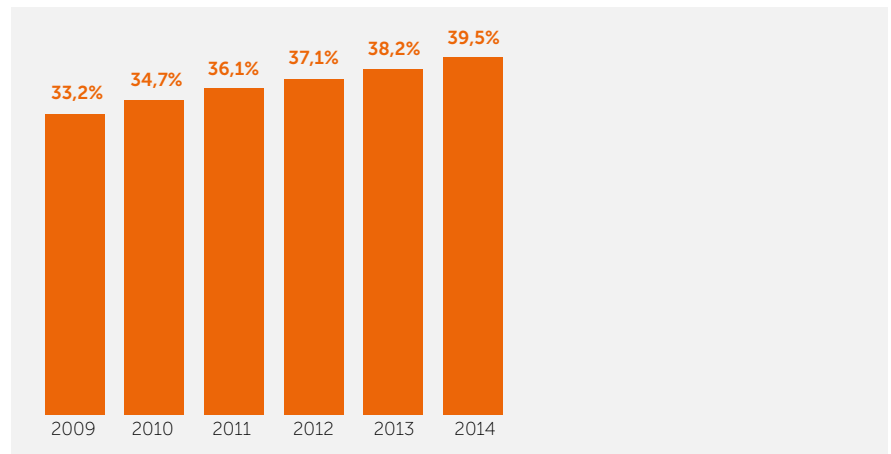
Opvallend is de stijging van het aandeel van de groep 55-plussers in het jaar 2014. De groep medisch specialisten die na het bereiken van de 65-jarige leeftijd doorwerkt is in vijf jaar verdubbeld van ruim 500 naar meer dan 1.000. Daaraan gekoppeld is dat het aandeel medisch specialisten tussen 40 en 55 jaar de laatste jaren gestaag is afgenomen. De groep jonger dan 40 schommelt in de periode 2009–2014 tussen de 20 en 22% (figuur 3.11).

In figuur 3.12 is te zien dat onder de 55-plussers veel meer mannen werkzaam zijn dan vrouwen als medisch specialist.

Bij de leeftijdsgroep tot 40 jaar zijn juist de vrouwelijke medisch specialisten in de meerderheid.

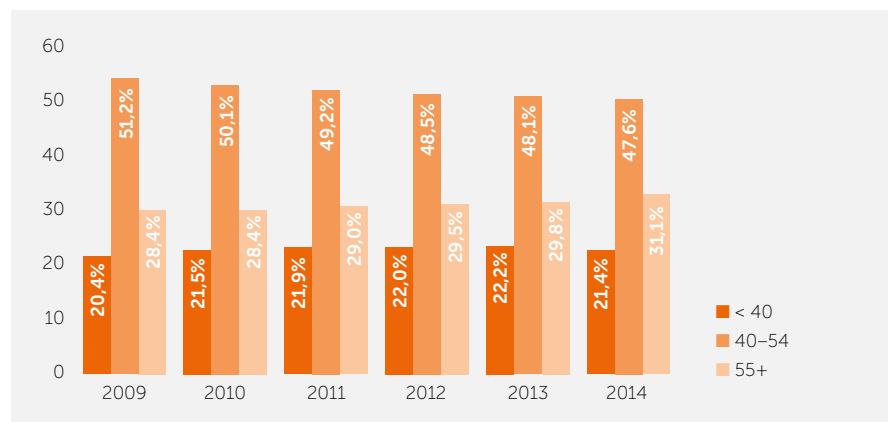
In de komende jaren is een verdere feminisering van het beroep te verwachten: de ouderen die uitstromen zijn vooral mannen, terwijl de instroom voor de meerderheid uit vrouwen bestaat.

Figuur 3.10 | Aandeel vrouwelijke medisch specialisten (%)



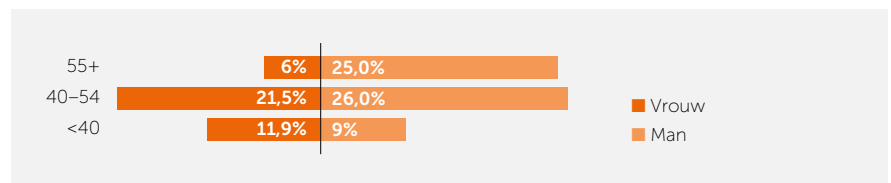
Bron: CBS

Figuur 3.11 | Aandeel medisch specialisten jonger dan 40 en ouder dan 55 (%)



Bron: CBS, door afronding hoeven cijfers niet op te tellen tot 100%

Figuur 3.12 | Medisch specialisten naar leeftijd en geslacht (2014)



Bron: CBS

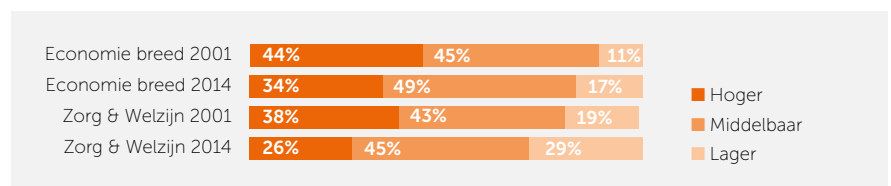
3.6 Opleidingen

Het gemiddelde opleidingsniveau van werknemers in de sector zorg & welzijn ligt hoger dan dat van de gemiddelde Nederlandse werknemer (figuur 3.13). Het aandeel werknemers met een hogere opleiding (universitair of HBO) binnen de sector zorg & welzijn is 44% en de werknemers met een middelbare opleiding (MBO2, 3 of 4) maken 45% van het totaal uit. In de economie als geheel is dat respectievelijk 38% en 43%.

Het opleidingsniveau in de sector zorg & welzijn ligt relatief hoog ten opzichte van de gehele economie. Vooral het aandeel hoogopgeleiden ligt hoger en dat van de laagopgeleiden juist lager.

Tussen 2001 en 2014 bleven de verschillen in opleidingsniveau tussen gezondheids- en welzijnszorg en de totale economie grotendeels in tact. Het aandeel hogeropgeleiden groeide in de sector zorg en welzijn van 34% naar 44%. Economiebreed is de toename bij deze categorie zelfs nog sterker met 10%-punten van 26% naar 38% gestegen. Het opleidingsniveau onder de werkzame bevolking is dus relatief sterk toegenomen.

Figuur 3.13 | Opleidingsniveau in sector zorg & welzijn en de gehele economie, 2001 en 2014 (%)



Bron: CBS, door afronding hoeven cijfers niet op te tellen tot 100%

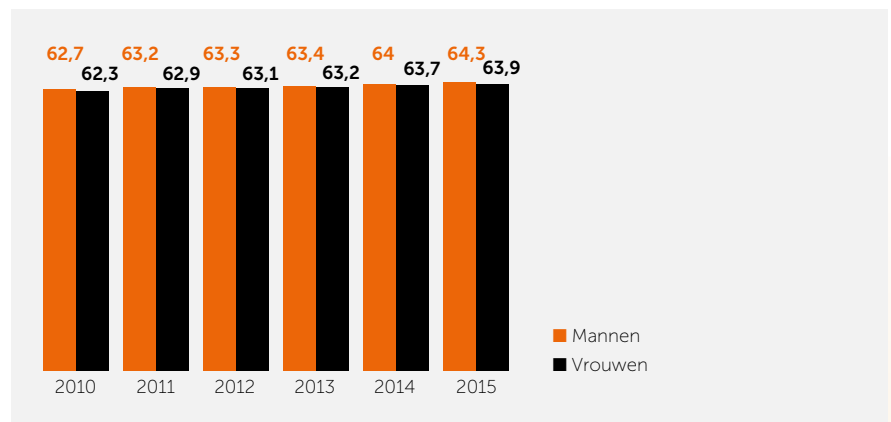
3.7 Kenmerken van het personeel

Uittreedleeftijd

De gemiddelde uittreedleeftijd neemt toe, zowel bij de mannen als bij de vrouwen (figuur 4.16). Deze trend is al langer zichtbaar, en is versterkt door de verhoogde pensioengerechtigde leeftijd.

Was de uittreedleeftijd in 2010 bij de mannen nog 62,7 jaar, in 2015 was dit al 64,3 jaar. Mannen treden iets later uit dan vrouwen, met een verschil van ongeveer 0,3 jaar. Dit is door de jaren heen redelijk constant.

Figuur 3.14 | Uittreedleeftijd in ziekenhuizen



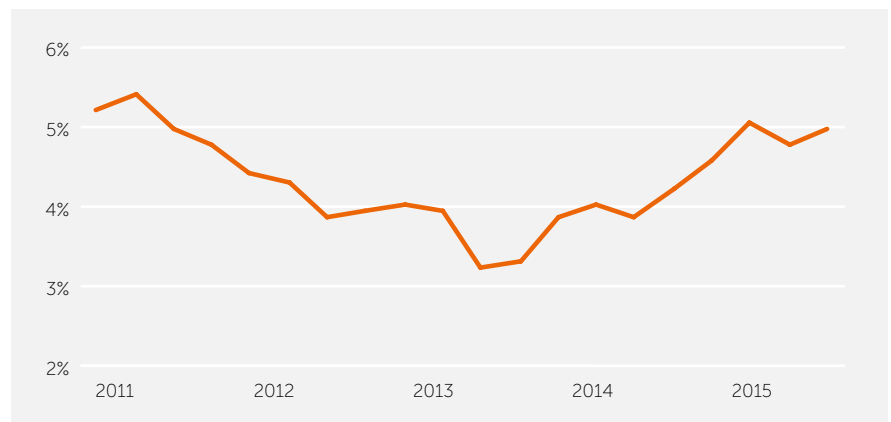
Bron: PGGM

Vacatures

Voor een goed functionerende arbeidsmarkt zijn volgens arbeidsmarkt-deskundigen 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. In figuur 3.15 wordt door het CBS naast de algemene, categorale en academische ziekenhuizen ook de psychiatrische ziekenhuizen tot de ziekenhuizen gerekend. In deze groep ziekenhuizen zijn ongeveer 250.000 fte werkzaam.

Figuur 3.15 laat zien dat het aantal openstaande vacatures in ziekenhuizen van ruim 5.000 in de eerste helft van 2011 afnam tot 3.000 in de tweede helft van 2013. In de jaren daarna groeide het aantal vacatures in de ziekenhuizen weer tot 5.000 in het laatste kwartaal van 2015. Dit komt overeen met ongeveer 2% van het aantal fulltime banen.

Figuur 3.15 | Openstaande vacatures in ziekenhuizen ^a (x 1.000, per kwartaal)



Bron: CBS, 1e kwartaal 2011 – 4e kwartaal 2015

a) Het CBS rekent in deze statistiek naast de algemene, categorale en academische ziekenhuizen ook de psychiatrische ziekenhuizen tot de ziekenhuizen

Ziekteverzuim

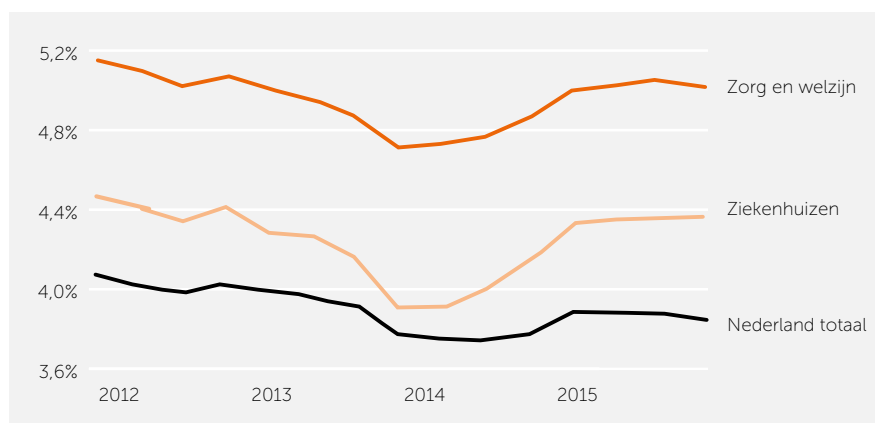
Het voortschrijdend gemiddeld ziekteverzuimpercentage in de algemene ziekenhuizen is van 4,15% in 2014 gestegen naar 4,35% in 2015. Daarmee is het terug op het niveau van eind 2012. De laatste drie kwartalen van 2015 laten een stabilisatie van het ziekteverzuim zien.

Het ziekteverzuim in de algemene ziekenhuizen ligt iets hoger in vergelijking met het ziekteverzuim in alle Nederlandse bedrijven. Maar het ziekteverzuim is duidelijk lager dan dat van de totale sector zorg en welzijn.

De stijging van het ziekteverzuim komt voor in alle leeftijdsklassen, maar het sterkst bij de leeftijdsklasse 55 jaar en ouder. Deze groep meldt zich in het algemeen minder vaak ziek, maar de gemiddelde duur van het verzuim is langer. Het personeel met de (bijna) voltijdbanen laat al vier jaar een lager verzuim zien dan het personeel met deeltijdbanen.

De gemiddelde verzuimduur per werknemer is in de algemene ziekenhuizen in 2015 gestegen naar 16,3 dagen.

Figuur 3.16 | Voortschrijdend gemiddelde ziekteverzuim in de vier voorafgaande kwartalen



Bron: Vernet, CBS

3.8 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, roluidelijkheid en veranderingsbereidheid uitgelicht.

Betrokken- en bevlogenheid

De gemeten thema's scores bijna allemaal gelijk of hoger ten opzichte van de vorige meting. Het thema betrokkenheid laat de grootste stijging zien; van een 6,9 naar een 7,4 op een schaal van 1 tot 10. Ook de bevlogenheid scoort iets hoger; van een 7,3 naar een 7,5. Een positieve ontwikkeling gezien de waarde van betrokken en bevlogen medewerkers voor een organisatie. Deze medewerkers hebben hart voor hun werk en willen zichzelf en de

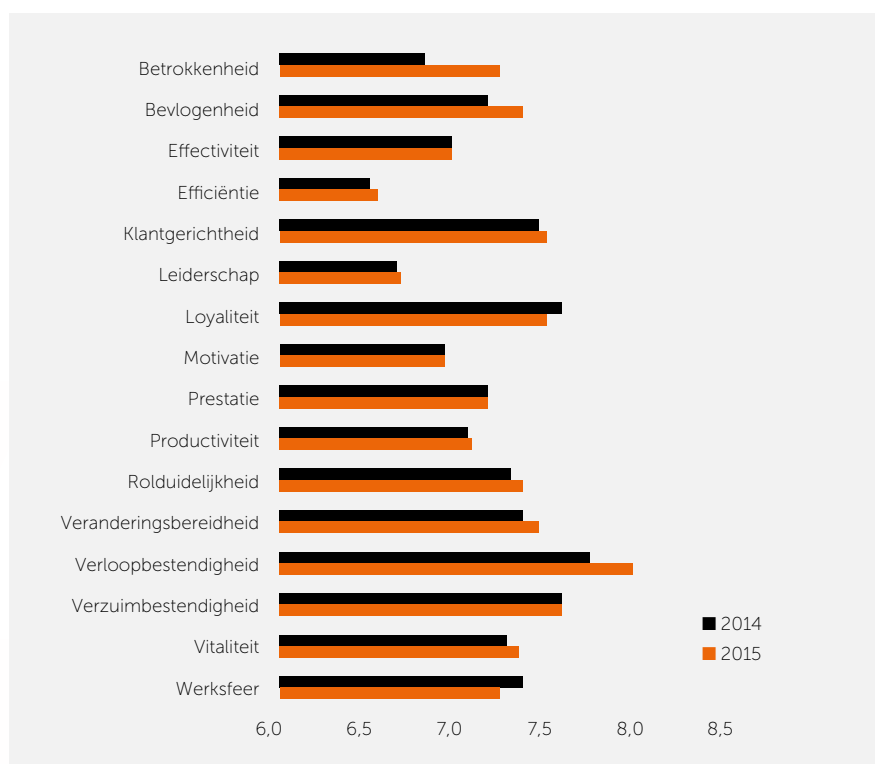
organisatie continu verbeteren. Wel liggen deze scores iets lager ten opzichte van het gemiddelde van zorgorganisaties (Benchmark Zorg, betrokkenheid: 7,5; bevoegenheid: 7,6) en het gemiddelde van Nederland (Benchmark Nederland, betrokkenheid: 7,5; bevoegenheid: 7,4).

Positieve scores t.o.v. de zorg en Nederland

Op het gebied van rolduidelijkheid scoort de branche met een 7,5 aanzienlijk hoger dan de Benchmark Zorg (7,0) en de Benchmark Nederland (6,8).

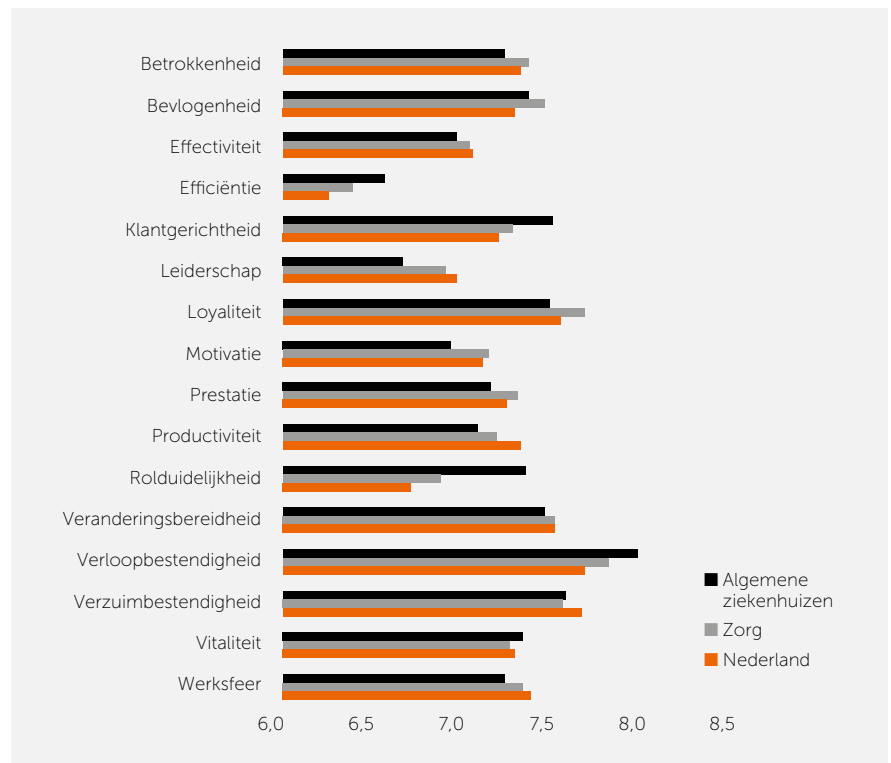
Ook springt het thema klant-/patiëntgerichtheid er positief uit. Medewerkers waarden de klantgerichtheid gemiddeld met een 7,7 ten opzicht van een 7,4 (Benchmark Zorg) en een 7,3 (Benchmark Nederland).

Figuur 3.17 | Ontwikkeling thema's werkbeleving



Bron: Effectory

Figuur 3.18 | **Tevredenheid in branche ziekenhuizen tegenover Benchmark Zorg en Benchmark Nederland**



Bron: Effectory

Sociale veiligheid

In de ziekenhuisbranche is naast de fysieke veiligheid steeds meer belangstelling voor sociale veiligheid. Hieronder verstaan we de mate waarin medewerkers zich kunnen uiten op het werk – in ideeën en feedback – en de ruimte voelen om te leren van gemaakte fouten. De rol van de leidinggevende is hierin van groot belang. Binnen de branche ziekenhuizen voelen medewerkers zich met een 6,5 minder veilig om hun leidinggevende aan te spreken op gedrag dan het gemiddelde in de zorg en Nederland (beide een 6,7). Daarentegen scoort de stelling 'Ik voel me veilig om een gemaakte fout open te bespreken' met een 7,4 gelijk aan het gemiddelde van de Benchmark Zorg en Benchmark Nederland.

Duurzame inzetbaarheid

Een ander belangrijk HR-thema binnen de branche is de duurzame inzetbaarheid van medewerkers. Hoe zorg je er als ziekenhuis voor dat medewerkers goed, gemotiveerd én gezond bij je blijven werken? Medewerkers in de ziekenhuisbranche geven aan zich fit te voelen. Dit onderwerp scoort met een 7,3 hoger dan de Benchmark Zorg (7,1) en Benchmark Nederland (7,2). Daarnaast ervaren zij een goede werk-privé balans en zijn medewerkers trots op hun werk. Ook deze onderwerpen scoren hoger dan de Benchmark Zorg en Benchmark Nederland.

3.9 Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuiszorg

Vanaf 2014 hebben instellingen met de inzet van de subsidie Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuiszorg een serieuze impuls gegeven aan een verdere professionalisering van het strategische opleidingsbeleid in de branche, onder andere door het opstellen en uitvoeren van strategische opleidingsplannen. Een strategisch opleidingsplan opstellen is niet louter een kwestie van het op papier zetten van een 'paar' leerinterventies. Het vraagt onder meer om overleg met diverse interne (bestuurs)organen, waaronder de ondernemingsraad en groepen medewerkers, het samen bepalen van visie en samenhang in beleid, het inregelen van een overleg- en projectstructuur, het bepalen van procedures voor leren en ontwikkelen en het realiseren van draagvlak onder alle geledingen.

Figuur 3.19 | Kernwoorden uit de algemene missie, visie of strategie van de NVZ-leden (in absolute aantallen)



Bron: KiPZ-monitor

Top 5 Strategische thema's en meest genoemde bijbehorende doelstellingen in de strategische opleidingsplannen

1 Veiligheid en kwaliteit

- 1 Zorg leveren conform standaarden van beroepsgroepen, dit borgen en waar mogelijk verhogen. Exellere in kwaliteit.
- 2 Vergroten patiëntveiligheid (incidenten voorkomen).
- 3 Kwaliteit van opleidingen verhogen.

2 Management development / leiderschap

- 1 Ontwikkelen van leiderschapskwaliteiten, zodat de leidinggevende toegerust is om optimaal invulling te geven aan zijn of haar functie. In het bijzonder aandacht voor het interveniëren op sturingsvariabelen om doelmatigheid en efficiëntie te verhogen en voor inspirerende leiders.
- 2 Professionalisering van teamleiding en management als geheel, wat betreft leidinggevende taken en onderlinge samenwerking.
- 3 en passende organisatiecultuur en -structuur, en gestroomlijnde organisatorische processen.

3 Professionalisering

- 1 Medewerkers voelen zich verantwoordelijk voor het actueel houden van hun eigen vakkennis en handelen hier ook naar (verbeteren leerklimaat en leeromgeving).
- 2 Vaardigheid en kennis van medewerkers verhogen, zodat goed ingespeeld kan worden op veranderingen in de zorg.
- 3 Het verbeteren van de samenwerking als team, effectief communiceren versterken.

4 Digitalisering / E-health

- 1 Competente en vaardige medewerkers, die nu en in de toekomst kunnen blijven voldoen aan de gestelde kwaliteitseisen in hun vereistenprofiel en hierin geschoold zijn en blijven.
- 2 E-learning van medewerkers stimuleren en de voorzieningen hiertoe vormgeven.
- 3 Introduceren van nieuwe (digitale) werkprocessen om efficiënter zorg te verlenen.

5 Versterken beroepsgroep / kennisniveau verpleegkundigen

- 1 De (actuele) kennis en vaardigheden verpleegkundigen verhogen.
- 2 Verhogen van het kwalificatieniveau van verpleegkundigen, inzetten op bevoegdheid en bekwaamheid.
- 3 Ontwikkelen van een infrastructuur voor kennisoverdracht, inzetten op kennisoverdracht.



- Het aantal DBC's is in 2015 gestegen met bijna 10%. Deze stijging hangt voor een belangrijk deel samen met de verkorting van de DBC-doorlooptijd.
- De gesignaleerde daling van het productievolume bij het eerste polikliniekbezoek (EPB), dagverpleging en klinische opnames is voor een groot deel toe te schrijven aan wijzigingen in de regelgeving.
- De afname van de ligduur lijkt te stikken door de toenemende zorgzwaarte van patiënten.

4

GELEVERDE ZORG

in ziekenhuizen

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staat de geleverde zorg door ziekenhuizen centraal. Ideaaltypisch wordt het productievolume gemeten door de hoeveelheid patiëntenzorg die een bijdrage heeft geleverd aan het verbeteren of behouden van de gezondheid van patiënten. De beperkte toegang tot de DBC-registratie, en de vele wijzigingen in de productstructuur maken het echter momenteel niet mogelijk om ontwikkelingen in het productievolume goed te analyseren. In dit hoofdstuk wordt de geleverde zorg daarom in beeld gebracht met behulp van de klassieke productieparameters. Hier zitten echter grote beperkingen aan.

Het meten van de ontwikkeling van het productievolume is over de afgelopen periode niet goed mogelijk. Dit heeft niet één oorzaak; vele veranderingen zijn in de afgelopen vier jaar doorgevoerd die maken dat ziekenhuizen de productie in de traditionele parameters: opnamen, dagbehandelingen, eerste polikliniekbezoeken en verpleegdagen niet meer registreren op de wijze waarop dit voor 2012 gebeurde. Zoals in het Brancherapport 2015 al werd toegelicht wordt dit veroorzaakt door de volgende factoren:

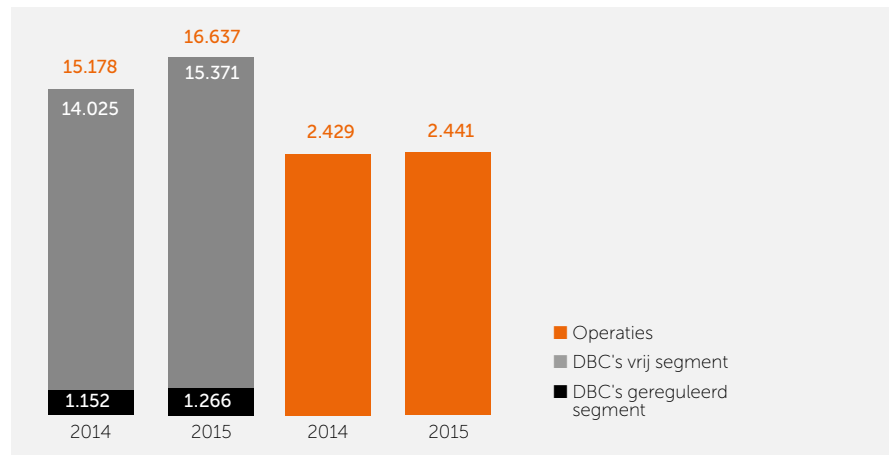
- *In 2012 heeft een verandering plaatsgevonden van de definitie van de opname. Sindsdien is het aantal eendaagse opnamen met 60% gedaald.*
- *In 2014 heeft de NZa een nadere duiding gegeven aan de definitie van een dagopname. Dit heeft ertoe geleid dat veel (dag-) opnamen niet langer als zodanig werden geregistreerd.*
- *De registratie van de eerste polikliniekbezoeken (EPB) is sinds 2014 veranderd. Sindsdien wordt een EPB eenmaal per zorgtraject geregistreerd in plaats van eenmaal per jaar.*

De productie in de algemene ziekenhuizen lijkt daardoor sinds 2012 sterk te dalen. De daling is echter voor een belangrijk deel toe te schrijven aan de hierboven genoemde wijzigingen.

4.2 DBC's en operatieve verrichtingen

Het aantal DBC's is in 2015 gegroeid. In belangrijke mate is dit toe te schrijven aan de verkorting van de doorlooptijd van de DBC-trajecten die in 2015 is doorgevoerd. Het aantal DBC's is in 2015 ten opzichte van een jaar eerder gegroeid met bijna 10% (figuur 4.1).

Figuur 4.1 | Ontwikkeling DBC's en operaties (x miljoen);
algemene en academische ziekenhuizen (2010–2015)



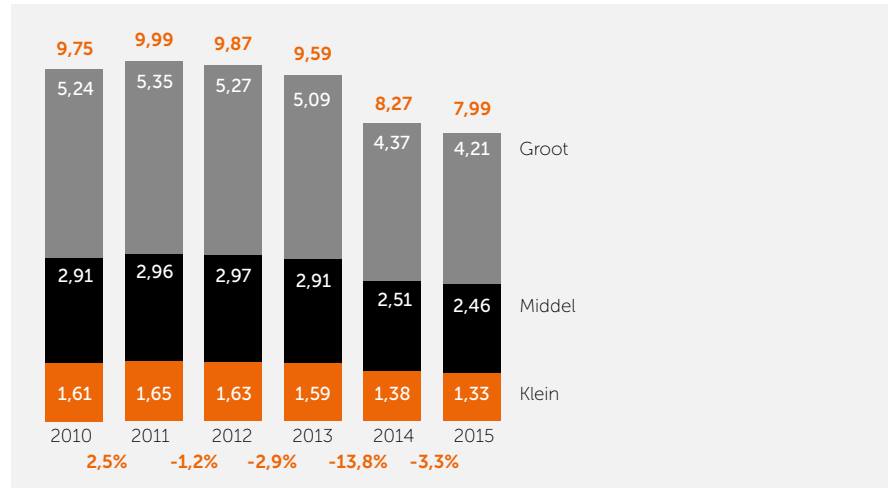
Bron: Analyse Kiwa Carity, LAZR en LBZ; digiMV

Als wordt gekeken naar de operatieve verrichtingen dan zien we een stijging met 0,5%. De stijging van het aantal operaties is een goede indicator voor de groei bij de snijdende vakken. Op het moment dat de toegang tot het DBC-registratiesysteem is geregeld kunnen diepere analyses plaatsvinden op de groei van het productievolume in de ziekenhuizen.

4.3 Eerste polikliniekbezoeken

Het aantal eerste polikliniekbezoeken (EPB's) in algemene ziekenhuizen bedraagt in 2015 op basis van de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuizen (LBZ) 7,99 miljoen. Dit is een daling van 3,3% ten opzichte van 2014 (figuur 4.2).

Figuur 4.2 | Aantal eerste polikliniekbezoeken (x 1.000; 2015); algemene ziekenhuizen

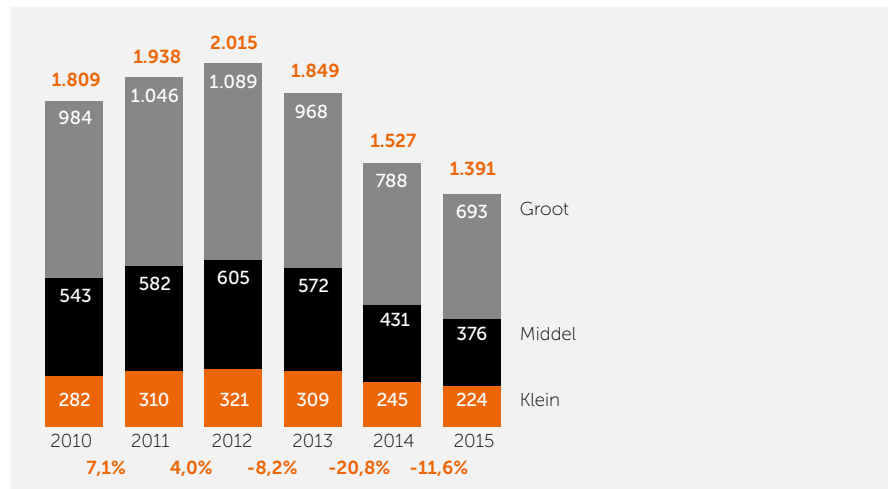


Bron: Analyse Kiwa Carity, LBZ

4.4 Dagbehandelingen en observaties

In 2015 is het aantal dagbehandelingen met 11,6% gedaald ten opzichte van 2014 (zie figuur 4.3). Hierbij speelt innovatie van behandelmethoden een belangrijke rol. Dit is vooral zichtbaar bij de specialismen dermatologie, oogheelkunde en cardiologie.

Figuur 4.3 | Aantal dagbehandelingen (x 1.000; 2015); algemene ziekenhuizen

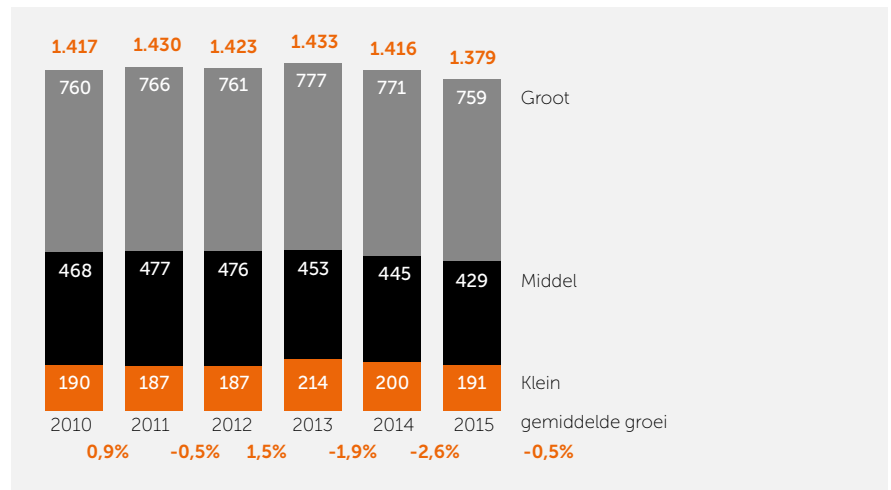


Bron: Analyse Kiwa Carity, LBZ

4.5 Klinische opnamen (exclusief eendaagse opnamen)

Tussen 2010 en 2014 is het aantal opnamen (gecorrigeerd voor de eendaagse opnamen) vrijwel gelijk gebleven. In 2015 daalt het aantal opnamen met 2,6% (figuur 4.4). Vooral bij de middelgrote ziekenhuizen is het aantal klinische opnamen in vijf jaar sterk teruggelopen. Bij de kleine en de grote ziekenhuizen ligt het aantal opnamen in 2015 op hetzelfde niveau als in 2010.

Figuur 4.4 | Aantal klinische opnamen (x 1.000; 2015); algemene ziekenhuizen

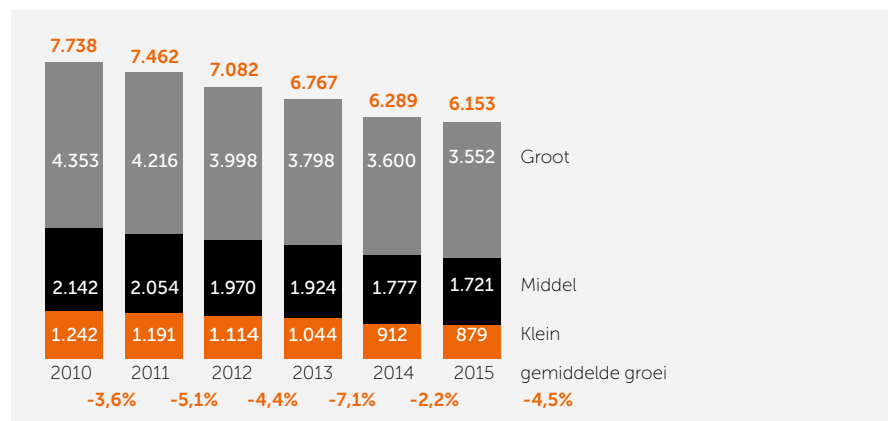


Bron: Analyse Kiwa Carity, LBZ

4.6 Verpleegdagen (bij meerdaagse opnamen)

Het aantal verpleegdagen in algemene ziekenhuizen (gecorrigeerd voor de verpleegdagen van de eendaagse opnamen) daalde in 2015 met bijna 140.000 naar ruim 6,15 miljoen. Deze daling ligt op een veel lager niveau dan in de voorgaande jaren (figuur 4.5).

Figuur 4.5 | Aantal verpleegdagen (x 1.000; 2015); algemene ziekenhuizen



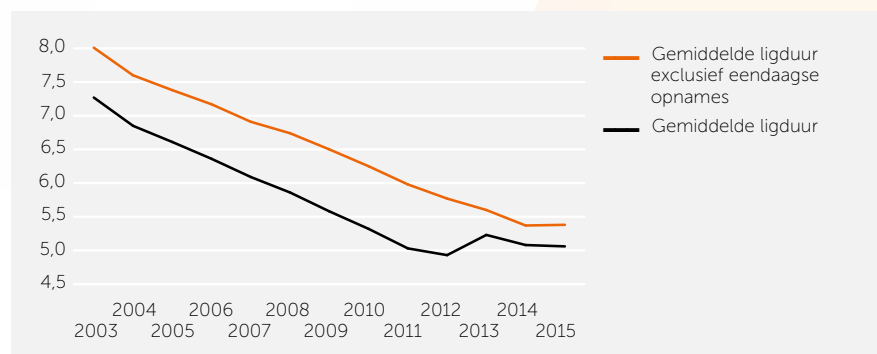
Bron: Analyse Kiwa Carity, LBZ

4.7 Gemiddelde verpleegduur

In figuur 4.6 is de ontwikkeling van de gemiddelde verpleegduur tussen 2003 en 2015 in beeld gebracht. De onderste lijn laat een trendbreuk zien in 2012. Sindsdien wordt het aantal eendaagse opnames anders geregistreerd. De bovenste lijn geeft de ontwikkeling van de gemiddelde verpleegduur weer zonder de eendaagse opnames. De gemiddelde verpleegduur daalt sinds lange tijd met ongeveer 3% per jaar. In 1972 was de gemiddelde verpleegduur nog 16 dagen. Inmiddels verblijven patiënten gemiddeld nog maar 5,5 dag in het ziekenhuis. De gemiddelde ligduur, gecorrigeerd voor de eendaagse opnames, is in 2015 voor het eerst niet langer afgenomen, maar gestabiliseerd op 5,38 dagen.

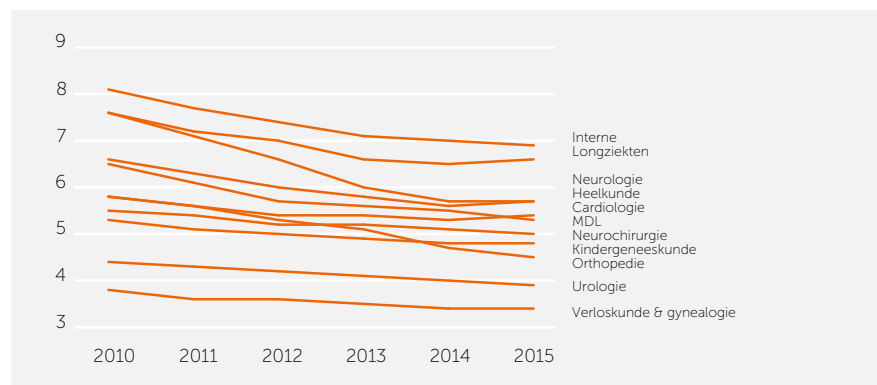
Bij de specialismen longziekten, cardiologie, KNO, neurologie, klinische geriatrie en verloskunde is de gemiddelde ligduur in 2015 toegenomen (zie figuur 4.7). Opvallend is dat het specialismen neurologie juist in de jaren daarvoor de sterkste daling van de gemiddelde ligduur liet zien. De gemiddelde verpleegduur bij neurologie is in de afgelopen vijf jaar met meer dan 25% sterk gedaald. Wellicht speelt hier mee dat vanwege het beleid in de ouderenzorg er minder capaciteit in de verpleeg- en verzorgingshuizen is en ten gevolge hiervan patiënten met bijvoorbeeld een CVA minder snel in verpleeghuizen en verzorgingshuizen terecht kunnen, dus eerder in het ziekenhuis komen.

Figuur 4.6 | Ontwikkeling gemiddelde verpleegduur (2010–2015); algemene ziekenhuizen



Bron: Analyse Kiwa Carity, LMR, LBZ

Figuur 4.7 | Ontwikkeling verpleegduur (excl. eendaagse opnames) (2010–2015)



Bron: Analyse Kiwa Carity, LMR, LBZ

- De afgelopen jaren is het investeringsniveau in algemene ziekenhuizen gedaald met 35%.
- De omzet in de algemene ziekenhuizen is in 2015 met € 2,3 miljard gegroeid, waarvan € 1,9 miljard is toe te schrijven aan de invoering van de integrale bekostiging.
- Het gemiddelde resultaat en de rentabiliteit liggen in 2015 onder het gemiddelde van de afgelopen vijf jaar.
- De omzetontwikkeling wijst erop dat ziekenhuizen over 2015 binnen de afspraken van het Hoofdlijnenakkoord zijn gebleven.



5 FINANCIËN

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de financiële ontwikkeling¹ van de algemene ziekenhuizen in beeld gebracht. Het betreft de ontwikkeling van de omzet, kosten, rentabiliteit, solvabiliteit en investeringen.

De omzetgroei in de algemene ziekenhuizen lijkt in 2015 op het eerste gezicht met € 2,3 miljard erg hoog. Deze groei is echter voor € 1,9 miljard toe te schrijven aan de invoering van de integrale bekostiging, waardoor in 2015 de honoraria van de vrijgevestigde medisch specialisten tot de ziekenhuisomzet worden gerekend. Ook de groei bij de overgehevelde dure geneesmiddelen zorgt voor een extra bijdrage aan de groei. Gecorrigeerd voor deze ontwikkelingen bedraagt de groei in 2015 2,2%. Deze groei omvat tevens de groei als gevolg van hogere tarieven vanwege loon- en prijsbijstellingen.

De ziekenhuizen hebben in 2015 gemiddeld hun financiële weerbaarheid verder versterkt. De gemiddelde solvabiliteit ligt sinds 2014 voor het eerst boven het gehanteerde streefniveau van 20% en is in 2015 verder gestegen naar 21,5%.

De investeringen zijn in de periode 2010–2014 sterk gedaald. In 2010 investeerden de algemene ziekenhuizen nog ruim € 2 miljard, in 2014 was dat nog slechts ruim € 1,3 miljard ofwel een daling met 35%. Het betreft hier de som van alle investeringen in gebouwen, installaties en medische en overige inventarissen.

In dit hoofdstuk worden diverse overzichten gemaakt, waarin de spreiding van kengetallen zichtbaar wordt gemaakt. Hierbij is uitgegaan van drie groepen van elk 23 ziekenhuizen, ingedeeld naar klein, middelgroot en groot. Dit wijkt af van de indeling uit de vorige brancherapporten vanwege verschillende fusies die sinds 2014 hebben plaatsgevonden.

¹ *Bij het tot stand brengen van dit brancherapport was de jaarrekening van één ziekenhuis nog niet beschikbaar. De omzet en andere kengetallen van dit ziekenhuis zijn door Kiwa Carity geëxtrapoleerd uit de jaarrekening 2014 van dit ziekenhuis. De cijfers over 2014 kunnen afwijken van het vorige brancherapport, omdat de jaarrekeningen over 2014 inmiddels wel compleet zijn.*

5.2 Omzet

De omzet van de algemene ziekenhuizen is in 2015 met bijna € 2,3 miljard ofwel 15,6% gegroeid van € 14,7 naar € 17,0 miljard. Deze sterke groei is voor een zeer belangrijk deel toe te schrijven aan de invoering van de integrale bekostiging in 2015. Hierdoor worden de honoraria van de vrijgevestigde medisch specialisten (€ 1,9 miljard) tot de ziekenhuisomzet gerekend. In steeds meer ziekenhuizen zijn de medisch specialisten in loondienst gaan werken. Hierdoor is de omzet met € 68 miljoen toegenomen.

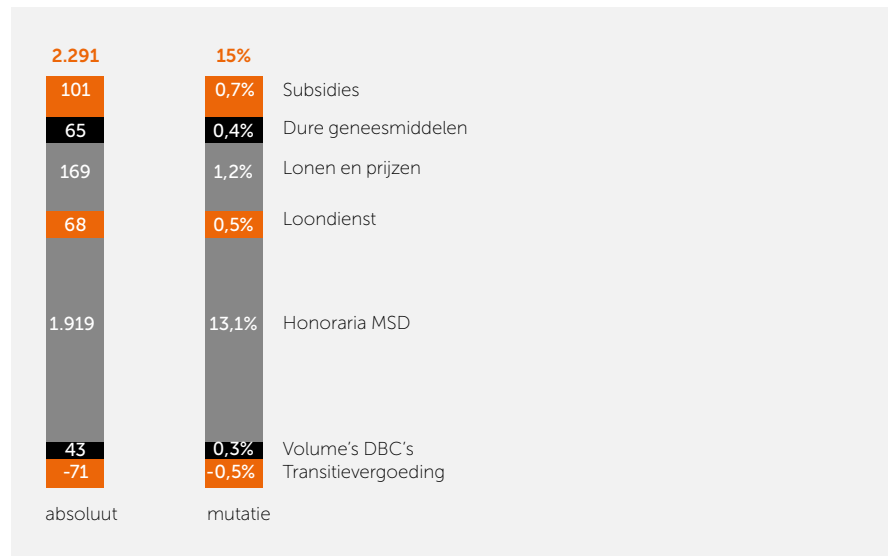
Tevens ligt het bedrag aan subsidies in 2015 in de algemene ziekenhuizen € 101 miljoen hoger dan in 2014. Dit betreft met name gelden gekoppeld aan de Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuiszorg (KiPZ).

In 2015 is de transitievergoeding vrijwel verdwenen als omzet in de jaarrekeningen. Ten opzichte van 2014 daalt de omzet hierdoor met € 71 miljoen.

De volumeontwikkeling van de DBC-zorgproducten laat een groei zien van € 43 miljoen. Dit betreft 0,3%.

Het loon- en prijsindexcijfer² voor de kostenbedragen van DBC-zorgproducten heeft de NZa voor het jaar 2015 berekend op 1,15%. Onder de aanname dat dit percentage ook voor het B-segment wordt gehanteerd kan als gevolg daarvan een omzetstijging in 2015 worden berekend van bijna € 170 miljoen. Dit betekent dat de resterende omzetgroei van € 65 miljoen kan worden toegeschreven aan de groei van dure geneesmiddelen.

Figuur 5.1 | Verdeling omzetgroei algemene ziekenhuizen in 2015 (€ miljoen en %)



Bron: DigiMV en jaarrekeningen, analyse Kiwa Carity

² De NZa berekent jaarlijks een loon- en prijsindex voor DBC-producten uit het gereguleerde segment. Dit is de jaarlijkse indexering voor de somatische (abc) zorgproducten waarvoor een vast- of maximumtarief geldt. Deze bedragen worden trendmatig aangepast met een gewogen gemiddelde index voor loon- en materiële kosten.

De omzet van de algemene ziekenhuizen is in 2015 met € 2,3 miljard ofwel 15,6% gegroeid. Indien wordt gecorrigeerd voor de honoraria van de medisch specialisten bedraagt de groei in 2015 2,6%. Indien tevens wordt gecorrigeerd voor de overgang van de dure geneesmiddelen vanaf 2012 dan bedraagt de groei in 2015 2,2%. Dat ligt net onder de gemiddelde groei in de afgelopen vijf jaar (zie rechtsonder in figuur 5.2). De omzetontwikkeling wijst erop dat ziekenhuizen over 2015 binnen de afspraken van het Hoofdlijnenakkoord zijn gebleven.

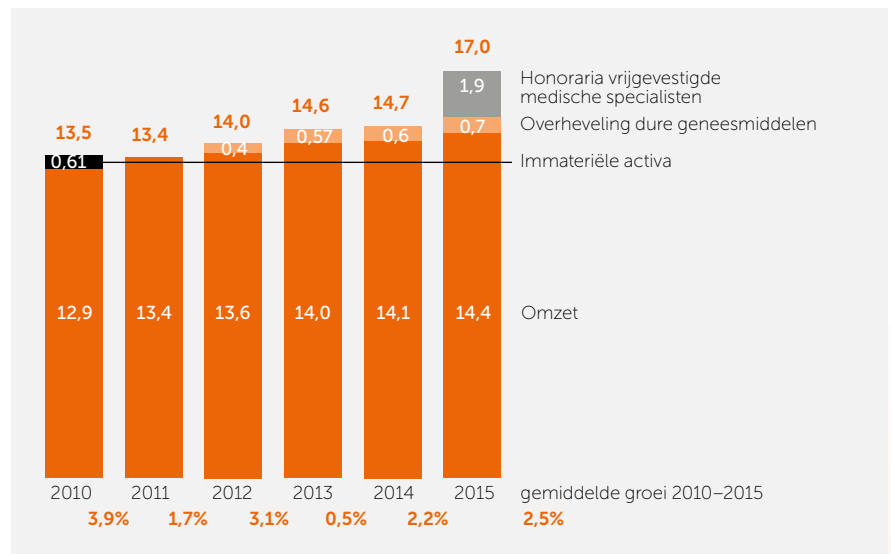
De loon- & prijsindex voor DBC-producten, die de NZa jaarlijks vaststelt, bedraagt in de periode 2010–2015 gemiddeld 2,15%. Gecorrigeerd voor loon- & prijsontwikkelingen is de omzet van de algemene ziekenhuizen in deze periode gegroeid met 0,15%.

De omzetontwikkeling wijst erop dat ziekenhuizen de afgelopen jaren ruim binnen de groei-afspraken van het Hoofdlijnenakkoord zijn gebleven.

De omzet van de algemene ziekenhuizen bestaat uit zorgproductgerelateerde omzet (DBC's) en niet-zorgproduct gerelateerde omzet. De zorgproduct gerelateerde omzet omvat de zorg in het gereguleerde en het vrije segment en transitiebedragen. De niet-zorgproduct gerelateerde omzet omvat subsidies, overige zorgprestaties en overige opbrengsten.

In de volgende paragrafen wordt eerst de zorgproductgerelateerde omzet en vervolgens de overige omzet nader beschreven.

Figuur 5.2 | Totale omzet algemene ziekenhuizen naar herkomst (€ miljard; 2010–2015)



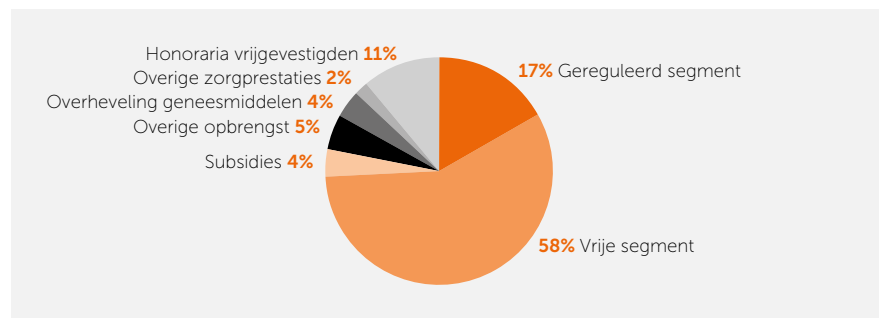
Bron: DigiMV en jaarrekeningen, analyse Kiwa Carity

De cijfers in de onderste regel geven de jaarlijkse mutatie, respectievelijk de gemiddelde jaarlijkse groei over de periode 2010–2015 weer van de omzet, geschoond voor de immateriële activa, overheveling dure geneesmiddelen en honoraria medisch specialisten

5.2.1 Zorgproductgerelateerde omzet

Veruit het grootste deel van de zorgproductgerelateerde omzet komt in 2015 uit het vrije segment (58%), gevolgd door het gereguleerde segment (17%, figuur 5.3). Sinds de invoering van de integrale bekostiging in 2015 maakt de honorariumomzet onderdeel uit van de ziekenhuisomzet ligt hierdoor ruim € 1,9 miljard hoger.

Figuur 5.3 | Omzet algemene ziekenhuizen naar herkomst; (aandeel in %, 2015)



Bron: DigiMV en jaarrekeningen, analyse Kiwa Carity

De omvang van het vrije segment is door uitbreiding van dit segment sinds 2010 gestegen van € 3,7 naar € 9,8 miljard. Het gereguleerde segment is juist gekrompen van € 7,7 naar € 2,8 miljard (figuur 5.4).

De omzetgroei in het vrije segment bedraagt € 230 miljoen, ofwel 2,3% in 2015. Deze omzet stijgt van € 9,56 naar € 9,79 miljard.

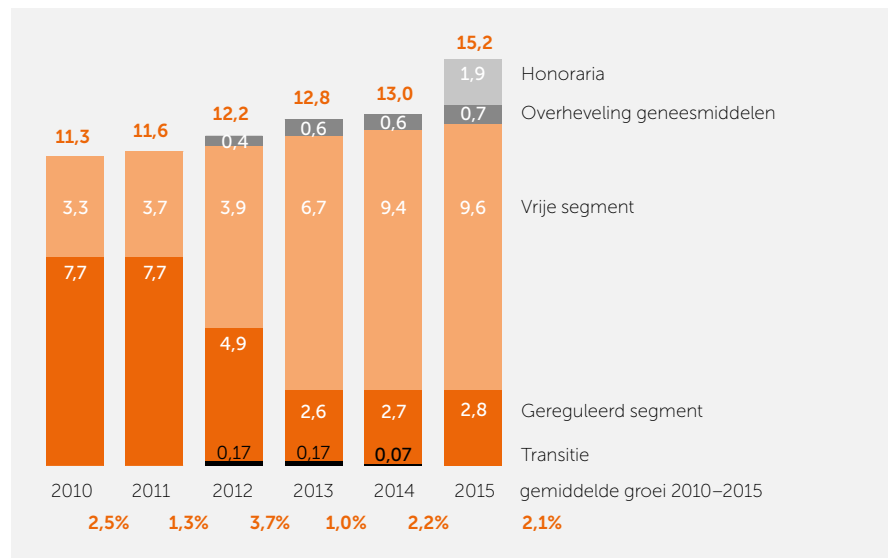
Gecorrigeerd voor de overheveling van de dure geneesmiddelen groeit de zorgomzet in het gereguleerde segment in 2015 (A-segment en gebudgetteerde zorgprestaties) met € 100 miljoen van € 2,71 naar € 2,81 miljard. Dat is een groei van 3,6%.

De overheveling van dure geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget heeft in 2012 gezorgd voor een stijging van de omzet met € 422 miljoen. Daarna is deze omzet verder gegroeid naar € 670 miljoen.

De transitievergoedingen zijn in 2015 vrijwel verdwenen uit de jaarrekeningen van de ziekenhuizen. In 2014 kenden deze nog een omvang van ruim € 70 miljoen.

De zorgproductgerelateerde omzet (gecorrigeerd voor overheveling geneesmiddelen en de honoraria van de medisch specialisten in 2015) stijgt tussen 2010 en 2015 van € 11,3 naar € 12,6 miljard, een stijging van gemiddeld 2,1% per jaar. Inclusief de dure geneesmiddelen bedraagt de groei gemiddeld 3,2%.

Figuur 5.4 | Totale omzet gereguleerde en vrije segment
algemene ziekenhuizen (€ miljard; 2010–2015)



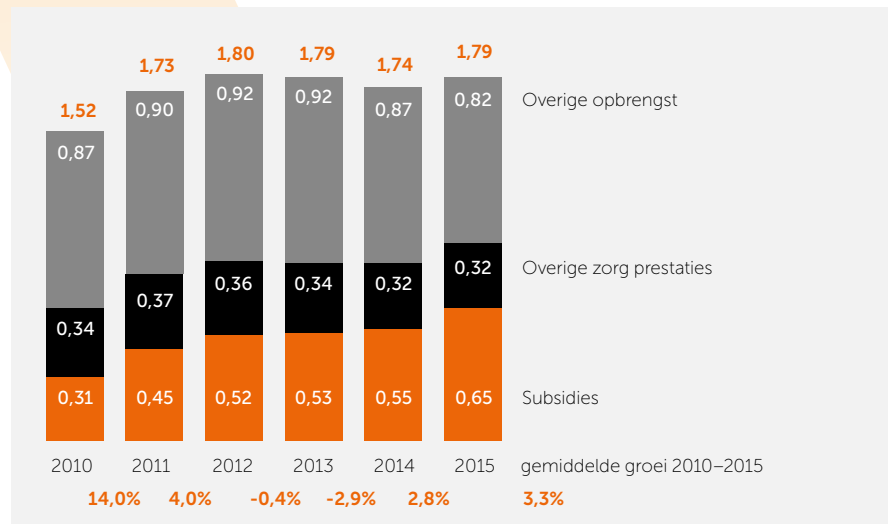
Bron: DigiMV en jaarrekeningen, analyse Kiwa Charity

5.2.2 Niet zorggerelateerde ziekenhuisomzet

Naast de omzet uit DBC-zorgproducten (en in 2012–2014 de verrekenbedragen vanwege het transitie-model) ontvangen ziekenhuizen vergoedingen uit subsidies (vooral opleidingsfondsen), overige zorgprestaties (betaald door andere zorgaanbieders voor onderlinge dienstverlening) en overige opbrengsten. Tot deze laatste categorie behoren inkomsten uit diverse diensten voor patiënten (zoals telefoon, televisie et cetera), maar ook voor bezoek en personeel (parkeergelden, catering) en vergoedingen voor diensten en verhuur aan derden.

De subsidies zijn in 2010 en 2011 sterk gestegen vanwege de overheveling van de middelen voor opleiding van medisch specialisten vanuit het ziekenhuis-budget naar het opleidingsfonds. In 2015 stijgen de subsidies met € 100 miljoen naar € 650 miljoen, vooral vanwege de subsidies in het kader van het programma Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuiszorg (KIPZ). De omzet voor overige zorgprestaties is in 2015 gelijk gebleven op € 320 miljoen. De overige opbrengsten zijn in 2015 met € 50 miljoen gedaald naar € 820 miljoen.

Figuur 5.5 | Totale omzet gereguleerde algemene ziekenhuizen (€ miljard; 2010–2015)



Bron: DigiMV en jaarrekeningen, analyse Kiwa Carity

5.3 Kosten

De kosten van de algemene ziekenhuizen³ bestaan uit personele kosten, materiële kosten en de kosten die samenhangen met de infrastructuur (rente, afschrijvingen, lease, huur en gebouwgebonden kosten).

De kosten van de algemene ziekenhuizen zijn in 2015 met 2,6% toegenomen. In de afgelopen vijf jaar stegen de kosten met gemiddeld 2,5%.

De groei in 2015 is beïnvloed door de invoering van de integrale tarieven en de Medisch-specialistische Bedrijven (MSB). In enkele ziekenhuizen zijn medisch specialisten (gedeeltelijk) in loondienst gegaan. Dit heeft de personeelskosten van de ziekenhuizen in 2015 met circa € 68 miljoen verhoogd.

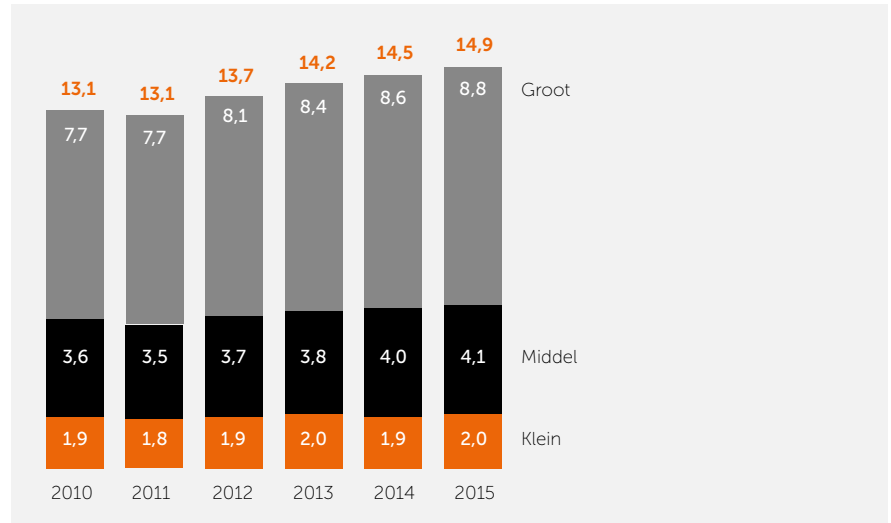
Als wordt gecorrigeerd voor de overheveling van de geneesmiddelen dan komt de kostengroei in 2015 uit op 2,3% en die over de afgelopen vier jaren op 2,0%.

Het omzetaandeel van de kleinere ziekenhuizen⁴ is gedaald van 14,2% in 2010 naar 13,3% in 2015. Het aandeel van de middelgrote ziekenhuizen is licht gestegen van 27,1% naar 27,3% en het marktaandeel van de grote ziekenhuizen is gestegen van 58,7% naar 59,5%.

³ De honorariakosten van de medisch specialisten in het Medisch Specialistisch Bedrijf die sinds 2015 deel uit maken van de omzet en de kosten zijn in deze paragraaf niet afzonderlijk meegenomen.

⁴ In de figuren waar de ziekenhuizen zijn onderverdeeld naar grootte is uitgegaan van de bestaande ziekenhuizen in 2015. De afzonderlijke ziekenhuizen van fusies zijn hier dus in voorgaande jaren al als fusieziekenhuis meegenomen.

Figuur 5.6 | Totale kosten algemene ziekenhuizen naar categorie (€ miljard; 2010–2015)



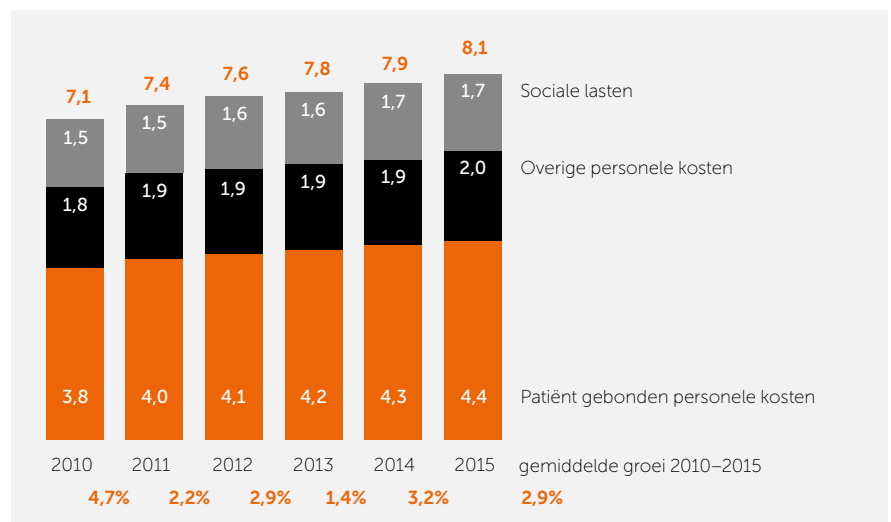
Bron: EJZ, analyse Kiwa Carity

5.3.1 Personele kosten

De personeelskosten in de algemene ziekenhuizen zijn de afgelopen jaren met gemiddeld 2,9% per jaar toegenomen (figuur 5.7). In 2015 is een relatief sterke stijging van de personeelskosten zichtbaar (3,2%). Dat is voor een deel toe te schrijven aan het uitblijven van de cao in 2014. De onderhandelingen over de cao zijn pas in 2015 afgerond en geëffectueerd.

De stijging van de personeelskosten in 2015 is verder deels toe te schrijven aan de overgang van vrijgevestigde medisch specialisten naar loondienst. In enkele ziekenhuizen zijn medisch specialisten (gedeeltelijk) in loondienst gegaan. Dit heeft de personeelskosten van de ziekenhuizen met circa € 68 miljoen verhoogd.

Figuur 5.7 | Totale personeelskosten algemene ziekenhuizen naar soort; (€ miljard; 2010–2015)



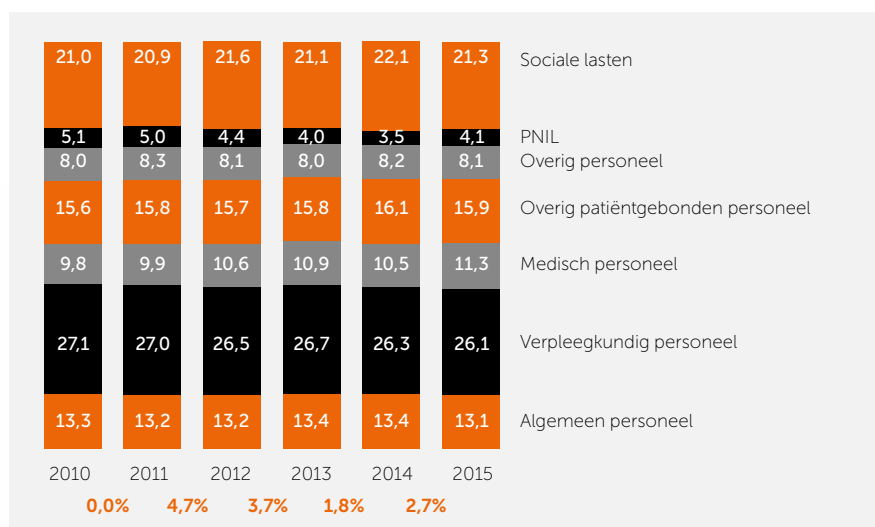
Bron: EJZ, Jaarrekeningen, analyse Kiwa Carity

De kosten van het medisch personeel zijn het sterkst gestegen. Het aandeel groeide tussen 2010 en 2015 van 9,8% naar 11,3% van de totale personeelskosten (figuur 5.8). Dat hangt deels samen met de overgang van vrijgevestigde medisch specialisten naar loondienstverband.

Verder valt op dat het aandeel personeel niet in loondienst (PNIL) is gedaald tussen 2010 en 2014. In 2015 is weer een stijging zichtbaar. Dit wordt met name veroorzaakt door krapte bij specialistische functies. Het aandeel van de kosten van verpleegkundig personeel daalt licht. Het overig patiëntgebonden personeel (paramedische functies, personeel onderzoek en diagnostiek) stijgt. Het algemeen en administratief personeel is sinds 2013 gedaald.

Mede als gevolg van wettelijke aanpassing van de pensioenen zijn de sociale lasten in 2015 relatief sterk gedaald, na een stijging in 2014.

Figuur 5.8 | Aandeel personeelskosten algemene ziekenhuizen; naar categorie en soort (%)



Bron: EJZ, analyse Kiwa Carity

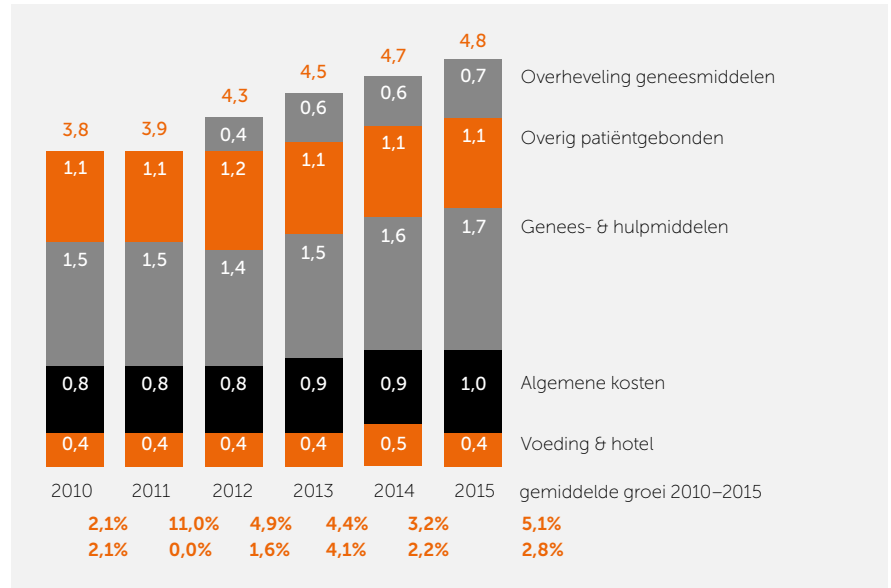
5.3.2 Materiële kosten

De materiële kosten bestaan onder andere uit de kosten voor voeding, hotelkosten, geneesmiddelen, overige patiëntgebonden kosten en algemene kosten. Over de afgelopen vijf jaar zijn de materiële kosten met 5,1% gestegen.

Deze relatief sterke stijging is voor een belangrijk deel toe te schrijven aan de overheveling van diverse dure geneesmiddelen, zoals TNF-alfaremmers en groeihormonen vanuit de extramurale farmacie naar de ziekenhuisbudgetten. Deze overheveling is gestart in het jaar 2012.

Zonder deze overheveling zou de omzetgroei gemiddeld 2,8% zijn geweest.

Figuur 5.9 | Materiële kosten algemene ziekenhuizen naar soort; (€ miljard; 2010–2015)



Bron: EJZ, analyse Kiwa Charity

In 2015 zijn de materiële kosten met 3,2% gestegen. De dure geneesmiddelen maken een steeds groter deel uit van deze kosten.

In de onderste twee regels van figuur 5.9 is de jaarlijkse groei van de materiële kosten weergegeven. De bovenste regel is *inclusief* de overgehevelde geneesmiddelen, en de onderste regel is *exclusief* de overgehevelde geneesmiddelen. In 2012 stijgen de materiële kosten met 11%. Ook in de latere jaren ligt de groei van de materiële kosten hoger door de groei van de (overgehevelde) geneesmiddelen, zowel vanwege nieuwe overhevelingen als vanwege de relatief sterke groei van de dure geneesmiddelen.

5.3.3 Infrastructurele kosten

De infrastructurele kosten bestaan uit de gebouwgebonden kosten, en de kosten voor rente en afschrijvingen. De infrastructurele kosten zijn de afgelopen vier jaren met 0,5% gestegen en in de afgelopen twee jaar zelfs gedaald (zie figuur 5.10).

De gebouwgebonden kosten bestaan uit de kosten voor onderhoud aan terreinen, gebouwen en installaties en de kosten voor energie.

In de afgelopen vier jaar zijn deze kosten nauwelijks gestegen en in de laatste twee jaar gedaald.

De rentekosten bedragen tussen 2012 en 2014 € 340 miljoen en zijn afgelopen jaar gedaald naar € 320 miljoen.

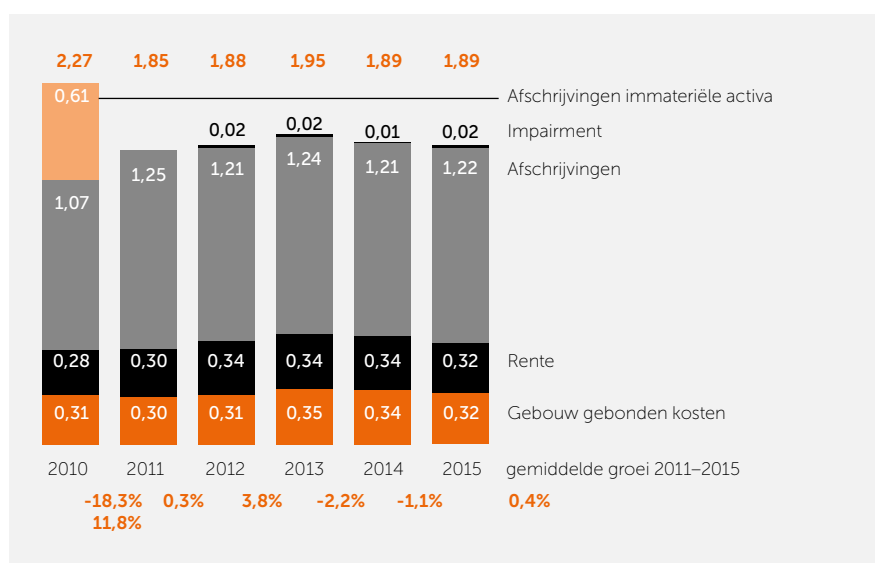
Afschrijvingen

Wat opvalt is dat de afschrijvingskosten sinds 2011 rond de € 1,25 miljard schommelen. Om de kapitaalgoederenvoorraad op peil te houden zouden de afschrijvingskosten jaarlijks moeten stijgen. Afschrijvingen op nieuwe investeringen liggen immers op een veel hoger niveau dan afschrijvingen op investeringen uit het verleden.

Sinds 2012 zijn de afschrijvingskosten circa € 20 miljoen hoger door versnelde afschrijvingen in verband met impairment⁵, met uitzondering van het jaar 2014 toen deze kosten € 6 miljoen waren.

De eenmalige afschrijvingen van de immateriële kosten in 2010 hebben dat jaar voor een sterke kostenstijging gezorgd. In 2011 daalden de kosten van de afschrijvingen weer.

Figuur 5.10 | Totale infrastructurele kosten; algemene ziekenhuizen
(€ miljard; 2010–2015)



De (voor eenmalige afschrijvingen immateriële activa⁶) gecorrigeerde jaarlijkse ontwikkeling van de kosten van afschrijvingen rente en gebouwgebonden kosten.
Bron: EIJ, analyse Kiwa Charity

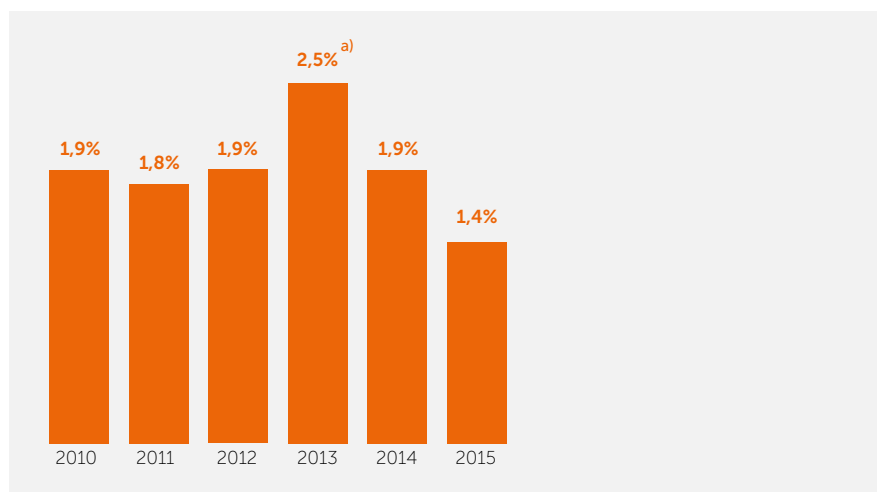
- ⁵ Impairment: Aanpassing van de boekwaarde van materiële en immateriële activa aan de reële waarde van deze activa. Als gevolg van gewijzigde regels in de jaarverslaggeving moeten ziekenhuizen bij het opstellen van de jaarrekening anders omgaan met de waardering van vaste activa, zoals de grond en de gebouwen. Concreet betekent dit dat een extra afschrijving moet plaatsvinden wanneer het ziekenhuis verwacht dat de afschrijvingskosten van de gebouwen in de resterende levensduur niet meer worden terugverdiend.
- ⁶ De eenmalige afschrijvingen op immateriële activa zijn handmatig gecorrigeerd in 2010. In de praktijk heeft een deel van deze afschrijvingen in 2011 plaatsgevonden. Dat verklaart de daling van de gecorrigeerde kosten in 2010 en de relatief sterke toename van de kosten in 2011.

5.4 Resultaat

Het exploitatieresultaat bestaat uit het verschil tussen de baten en de lasten van een organisatie. Bij een private, deels gereguleerde markt voor de ziekenhuisbranche past een exploitatieresultaat van ten minste 2,5%⁷.

De ziekenhuizen behaalden in 2015 gemiddeld een exploitatieresultaat van 1,4% van de omzet (figuur 5.11). Daarmee ligt het exploitatieresultaat op het laagste niveau in de afgelopen zes jaar. Dit is deels toe te schrijven aan de transitievergoedingen.

Figuur 5.11 | Resultaat algemene ziekenhuizen (% omzet, 2010–2015)



a) In 2013 was het resultaat incidenteel hoger dan het gemiddelde door de transitiegelden.

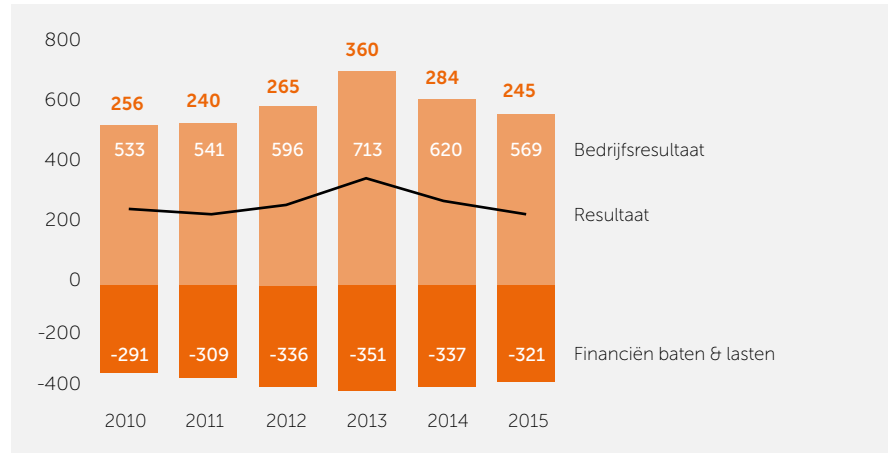
Bron: DigiMV en jaarrekeningen, analyse Kiwa Carity

In euro's is het resultaat van de algemene ziekenhuizen in 2015 uitgekomen op € 245 miljoen⁸. Het resultaat bestaat uit de som van het bedrijfsresultaat, het saldo financiële baten en lasten (interest) en saldo buitengewone baten en lasten. Deze laatste post is zeer beperkt en om die reden niet zichtbaar in figuur 5.12. In 2015 ligt het resultaat circa € 39 miljoen lager dan in 2014, wat deels toe te schrijven is aan het verdwijnen van de transitievergoeding.

⁷ Onderzoek SIRM, zie brancherapport algemene ziekenhuizen 2013.

⁸ Omdat van 1 ziekenhuis de jaarrekening over 2015 nog niet was gedeponereerd, kan het resultaat in 2015 nog veranderen.

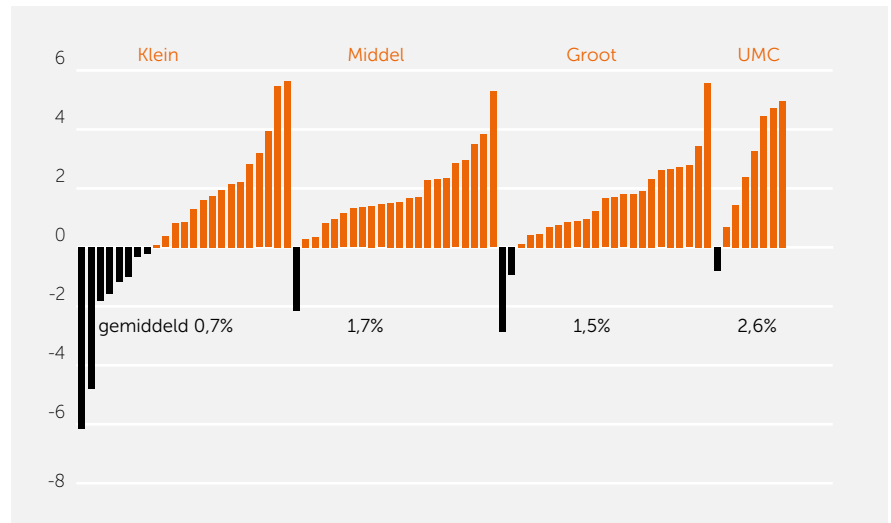
Figuur 5.12 | Resultaat algemene ziekenhuizen (€ miljard; 2010–2015)



Bron: DigiMV en jaarrekeningen, analyse Kiwa Carity

Elf algemene ziekenhuizen en één academisch ziekenhuis boekten in 2015 rode cijfers. Het betrof acht kleinere, één middelgroot ziekenhuis, twee grote ziekenhuizen en één UMC. (figuur 5.13). Dit betekent dat ongeveer één op de zes ziekenhuizen verlies lijdt. In 2011 was dat nog één op de veertien.

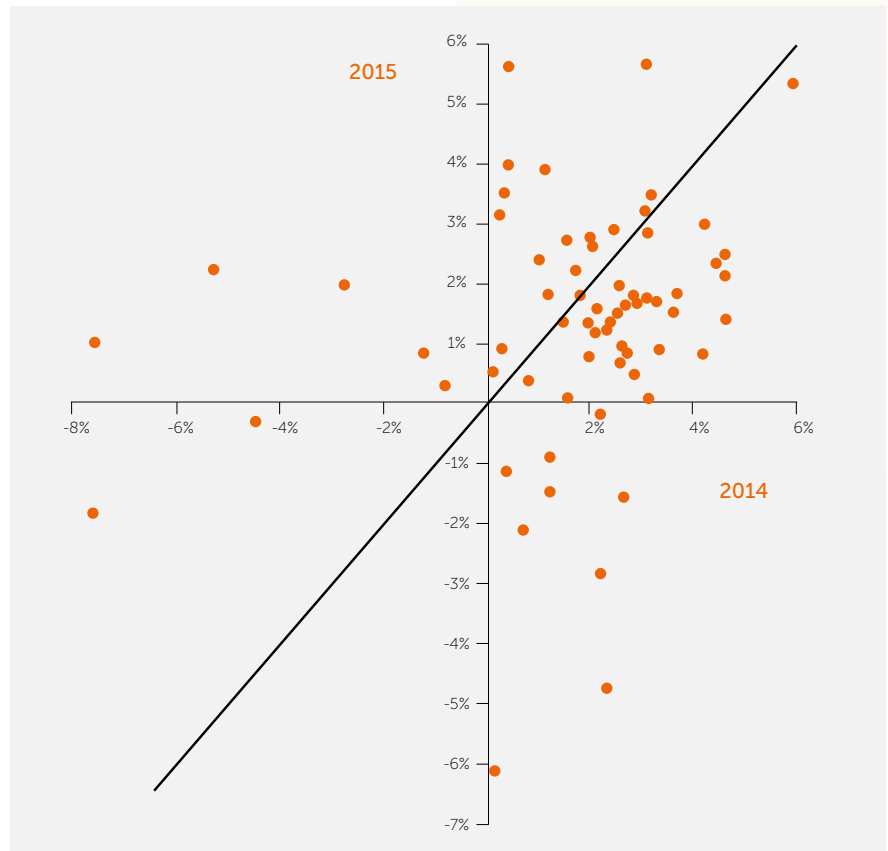
Figuur 5.13 | Resultaat algemene en academische ziekenhuizen (% omzet, 2015)



Bron: DigiMV en jaarrekeningen, analyse Kiwa Carity

In figuur 5.14 is het resultaat per ziekenhuis uit 2015 afgezet tegen dat uit 2014. Er zijn negen ziekenhuizen die in 2015 verlies hebben geleden, die 2014 nog met winst afsloten (rechtsonder in de figuur). Twee ziekenhuizen die in 2014 verliesgevend waren, hebben hun resultaat wel verbeterd maar bleven nog verlieslatend (linksonder in de figuur). 55% van de ziekenhuizen (het betreft de ziekenhuizen rechtsonder de schuine lijn) kent in 2015 een lager resultaat dan in 2014.

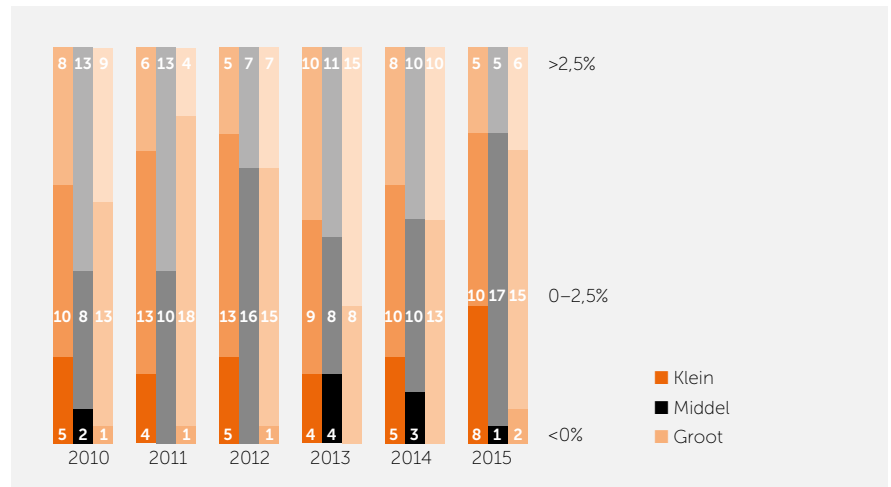
Figuur 5.14 | Resultaat algemene ziekenhuizen (% omzet, 2014 en 2015)



Bron: jaarrekeningen, analyse Kiwa Carity

In 2015 zijn er zestien ziekenhuizen⁹ met een resultaat van meer dan 2,5%. Vorig jaar lag dit aantal nog op 28. (figuur 5.15).

Figuur 5.15 | Aantal ziekenhuizen met resultaat hoger dan 2,5%, tussen 0 en 2,5% of negatief resultaat (<0) (klein, middel en groot ziekenhuis; 2010–2015)



Bron: DigiMV en jaarrekeningen, analyse Kiwa Carity

5.5 Balans

In deze paragraaf wordt ingegaan op de ontwikkeling van de financiële positie van de algemene ziekenhuizen.

- Het gemiddelde eigen vermogen is in 2015 verder toegenomen.
- De gemiddelde rentabiliteit valt in 2015 lager uit dan in 2014.
- De gemiddelde solvabiliteit komt in 2015 voor het tweede jaar hoger uit dan de streefnorm van 20%.
- Het gemiddelde weerstandsvermogen daalt in 2015, vanwege de toevoeging van de honoraria van de vrijgevestigde medisch specialisten aan de ziekenhuisomzet.
- De investeringen in de ziekenhuizen laten al vier opeenvolgende jaren een dalend niveau zien.

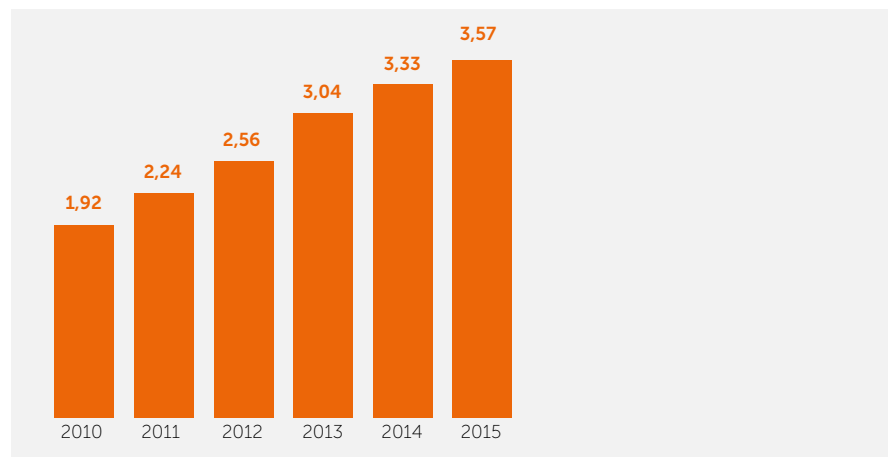
⁹ Het aantal ziekenhuizen is vanwege fusies met twaalf gedaald naar 69 in 2015. Voor het jaar 2014 zijn deze fusies voor de vergelijkbaarheid al doorgevoerd, door de afzonderlijke fusieziekenhuizen al bij elkaar te tellen. De cijfers van de individuele ziekenhuizen zijn daarom niet meer vergelijkbaar met die uit het brancherapport 2014.

5.5.1 Eigen vermogen

Net als de afgelopen vijf jaar hebben ziekenhuizen in 2015 hun vermogenspositie verder versterkt. Het eigen vermogen van de ziekenhuizen is in 2015 met € 240 miljoen verder toegenomen tot € 3,57 miljard. De gemiddelde rentabiliteit bedraagt in 2015 3,5%. De toename van het eigen vermogen leidt tot een betere solvabiliteit en daarmee tot grotere financiële zekerheid op lange termijn en een stabielere sector. De grotere ziekenhuizen hebben, ook verhoudingsgewijs, een stevigere vermogenspositie.

De groei van het eigen vermogen in 2015 bedraagt € 240 miljoen en is minder dan in 2013 (€ 490 miljoen) en 2014 (€ 290 miljoen).

Figuur 5.16 | Eigen vermogen (€ miljard; 2010–2015)



Bron: DigiMV en jaarrekeningen, analyse Kiwa Carity

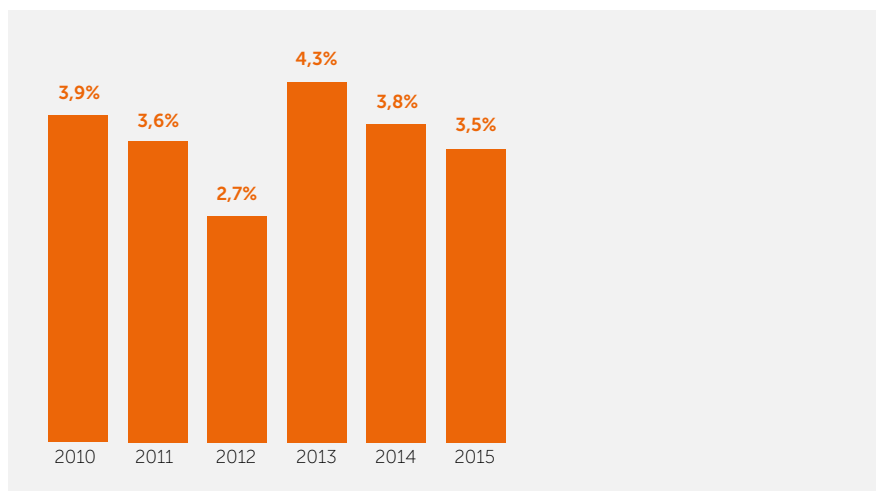
5.5.2 Rentabiliteit

De rentabiliteit is het bedrijfsresultaat (het resultaat voor aftrek van saldo financiële baten en lasten en saldo buitengewone baten en lasten) als percentage van het totale vermogen. In andere woorden: hoe hoger de rentabiliteit, hoe beter het totale vermogen wordt gebruikt om resultaat te behalen. De rentabiliteit van ziekenhuizen bedroeg in 2015 gemiddeld 3,5%. Dit is het laagste niveau in de periode 2010–2015 (figuur 5.17). In 2013 lag de rentabiliteit eenmalig op een relatief hoog niveau (4,3%), mede ten gevolge van de transitievergoeding.

De rentabiliteit van de kleinere ziekenhuizen was met 2,6% gemiddeld relatief laag. De rentabiliteit van de middelgrote en de grote ziekenhuizen bedraagt 3,5%.

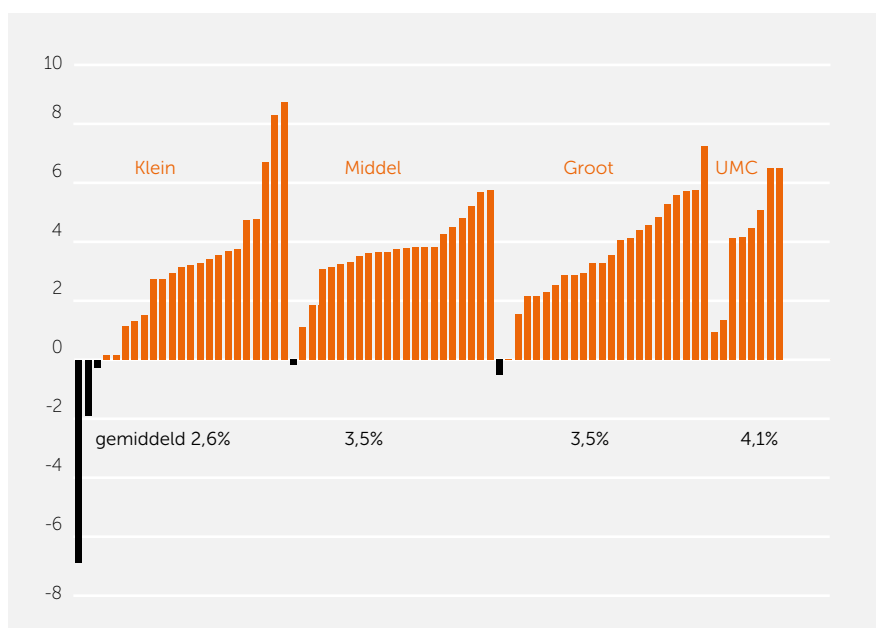
Net als voor het resultaat geldt ook voor de rentabiliteit dat de spreiding bij de kleinere ziekenhuizen veel groter is dan bij de grotere ziekenhuizen. Vijf ziekenhuizen kennen een negatieve rentabiliteit (drie kleine, één middelgroot en één groot ziekenhuis (figuur 5.18).

Figuur 5.17 | Ontwikkeling rentabiliteit ziekenhuizen (2010–2015)
Bedrijfsresultaat als percentage van totaal vermogen



Bron: DigiMV en jaarrekeningen, analyse Kiwa Carity

Figuur 5.18 | Rentabiliteit ziekenhuizen (2015)



Bron: Jaarrekeningen, analyse Kiwa Carity

5.5.3 Solvabiliteit en weerstandsvermogen

De mate waarin ziekenhuizen op lange termijn aan hun financiële verplichtingen kunnen voldoen wordt aangeduid met solvabiliteit. Dit is hier gedefinieerd als het eigen vermogen als percentage van het totale vermogen.

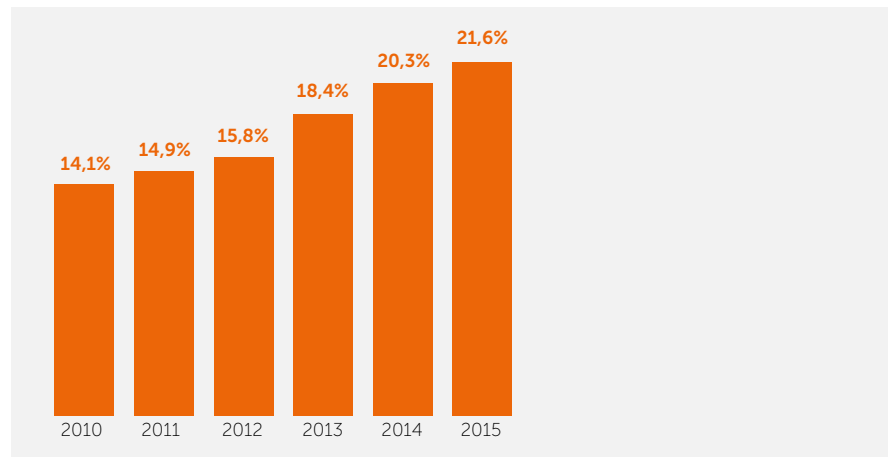
De gemiddelde solvabiliteit van ziekenhuizen bedroeg in 2015 21,6% en het gemiddelde weerstandsvermogen¹⁰ 21,0%.

¹⁰ Eigen vermogen / totale omzet (inclusief omzet medisch specialisten vanaf 2015)

In de afgelopen jaren is er een sterke toename waarneembaar van de streefnorm die door de financiële sector en het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ) aan zorginstellingen wordt opgelegd. In de beginjaren van het WFZ werd een weerstandsvermogen van 8% als norm gehanteerd, rond 2008 was 15% de norm, enkele jaren geleden werd een norm van 20% verwacht en momenteel wordt een weerstandsvermogen van 20–25% gevraagd. In 2010 bedroeg de solvabiliteit gemiddeld 14,1% (figuur 5.19).

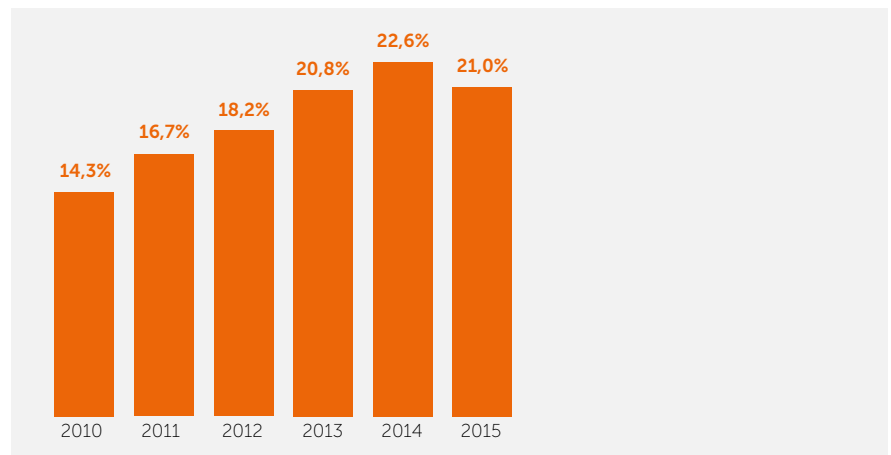
De solvabiliteit is vooral tussen 2012 en 2014 sterk verbeterd. Het weerstandsvermogen (waarbij het eigen vermogen wordt afgezet tegen de omzet) is tussen 2010 en 2014 nog sterker gestegen. In 2015 is het weerstandsvermogen gedaald vanwege de omzet van de honoraria medisch specialisten die door de invoering van het integrale tarief in de ziekenhuisomzet worden meegenomen.

Figuur 5.19 | Solvabiliteit^a ziekenhuizen (2010–2015)



a) Eigen vermogen / totaal vermogen (balanstotaal)
Bron: DigiMV en jaarrekeningen, analyse Kiwa Carity

Figuur 5.20 | Weerstandvermogen^a algemene ziekenhuizen (2010–2015)



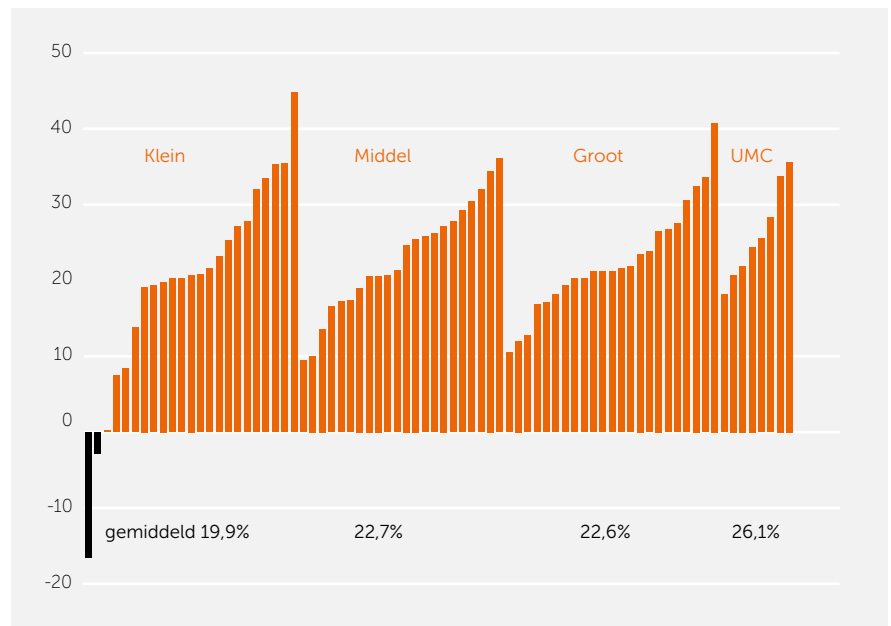
a) Eigen vermogen / totale omzet (inclusief omzet medisch specialisten vanaf 2015)
Bron: DigiMV en jaarrekeningen, analyse Kiwa Carity

De gemiddelde solvabiliteit is afgelopen jaar over de gehele linie gestegen. Bij de kleine ziekenhuizen is de solvabiliteit gemiddeld gestegen (van 18,4% naar 19,9%). Wel is de spreiding bij de kleine ziekenhuizen zeer groot. De vijf ziekenhuizen met de laagste solvabiliteit behoren allen tot de kleine ziekenhuizen. Van de vijf ziekenhuizen met de grootste solvabiliteit behoren er drie tot de kleine ziekenhuizen.

Bij de kleine ziekenhuizen kennen twee instellingen een negatieve solvabiliteit en daarnaast nog zeven met een solvabiliteit tussen 0% en 20%. Eén ziekenhuis kent een solvabiliteit van meer dan 40%.

Bij de middelgrote ziekenhuizen is er geen ziekenhuis met een negatieve solvabiliteit. De solvabiliteit bij de grote ziekenhuizen schommelt tussen de 10% en 41% (figuur 5.21). Het aantal algemene ziekenhuizen met een solvabiliteit van meer dan 20% is in 2015 gestegen van 42 naar 45.

Figuur 5.21 | Solvabiliteit ziekenhuizen (% omzet, 2015)

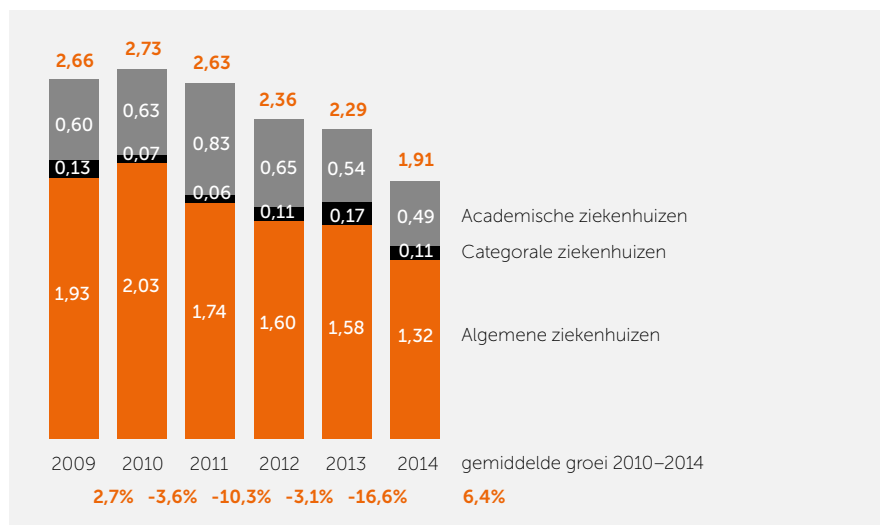


Bron: DigiMV en jaarrekeningen, analyse Kiwa Carity

5.5.4 Investerings

In dit brancherapport is voor het eerst een overzicht opgenomen hoe de investeringen in ziekenhuizen zich ontwikkelen. De investeringen in ziekenhuizen zijn in de periode 2010–2014 sterk gedaald. In 2010 investeerden de algemene ziekenhuizen nog ruim € 2 miljard, in 2014 was dat nog slechts ruim € 1,3 miljard ofwel een daling met 35%. Het betreft hier de som van alle investeringen in vaste activa. Bij de categorale ziekenhuizen schommelt het investeringsniveau rond de € 100 miljoen.

Figuur 5.22 | Investerings in ziekenhuizen (€ miljard; 2009–2014)



Bron: CBS, Statline, Zorginstellingen; Financiën en personeel

