

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen



# ZORG TOONT

Brancherapport  
algemene ziekenhuizen 2015



# ZORG TOONT

Brancherapport  
algemene ziekenhuizen 2015





# Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Samenvatting	6
<b>1 Transparantie van kwaliteit</b>	<b>9</b>
1.1 Zichtbaar, beter	9
1.2 De vraag naar transparantie	10
1.3 Ontwikkelingen in de afgelopen 25 jaar	10
1.4 Veelheid aan gegevens	13
1.5 Toenemende registratiedruk	16
1.6 Gebruik van kwaliteitsinformatie	17
1.7 Verbetering door transparantie over kwaliteit	20
1.8 Het roer om	22
<b>2 Zorg in perspectief</b>	<b>25</b>
2.1 Groei van de zorg	26
2.2 Algemene ziekenhuizen en medisch-specialistische zorg	27
2.3 Spreiding ziekenhuizen	28
2.4 Vergelijking Europa en VS	29
2.5 Klinische opnames	32
2.6 Betaalbaarheid gezondheidszorg en ziekenhuiszorg	33
<b>3 Werken in ziekenhuizen</b>	<b>37</b>
3.1 Personeel in algemene ziekenhuizen	37
3.2 Personeel naar functie en functiegroep	38
3.3 Medisch specialisten	39
3.4 Opleidingen	40
3.5 Personele kenmerken	40
3.6 Personeelskosten	44
<b>4 Productie in ziekenhuizen</b>	<b>47</b>
4.1 Productievolume en omzet DBC-groepen	49
4.2 Eerste polikliniekbezoeken	52
4.3 Dagbehandelingen	53
4.4 Klinische opnames (exclusief eendaagse opnamen)	55
4.5 Verpleegdagen (bij meerdaagse opnamen)	56
4.6 Gemiddelde verpleegduur	57
<b>5 Financiën</b>	<b>61</b>
5.1 Inleiding	61
5.2 Omzet	61
5.3 Kosten	64
5.4 Resultaat	66
5.5 Balans	67
<b>Bronnen en methoden</b>	<b>72</b>
<b>Lijst met afkortingen</b>	<b>74</b>



# Voorwoord

De maatschappij vraagt om transparantie. Of het gaat om kwaliteit van zorg of om inzicht in administratieve processen: openheid hoort bij deze tijd. Voor onze leden, zowel de algemene ziekenhuizen als de categorale instellingen, vormt inzicht in kwaliteit een essentiële voorwaarde voor permanente verbetering van kwaliteit. De afgelopen jaren hebben de Nederlandse ziekenhuizen stappen gezet om de kwaliteit van zorg zichtbaar en meetbaar te maken. Deze ontwikkeling gaat door, waarbij het noodzakelijk blijft om het belang van de patiënt goed mee te nemen.

Dit brancherapport zoomt in op de ontwikkeling van het zichtbaar maken van kwaliteit vanaf de Kwaliteitswet zorginstellingen in 1996 tot aan het Kwaliteitsvenster voor patiënten van het afgelopen jaar.

Natuurlijk bieden wij u ook weer een schat aan informatie aan de hand van feiten en cijfers. U leest dat de groei van de sector zorg & welzijn afzwakt en de groei van uitgaven aan medisch-specialistische zorg binnen de afspraken van het zorgakkoord blijft. Dat blijft niet zonder gevolg: de werkgelegenheid in de zorg, een van de grootste economische sectoren in Nederland, daalt voor het tweede jaar op rij met gemiddeld 0,8%. De gemiddelde solvabiliteit van de ziekenhuizen is gestegen. Voor het eerst komt deze boven de streefnorm van 20% uit.

Met dit rapport willen wij u inzage geven in de prestaties en actuele thema's van de ziekenhuisbranche.

Yvonne van Rooy  
*voorzitter*

# Samenvatting

Transparantie van kwaliteit van zorg is een noodzakelijke voorwaarde voor een goed functionerende zorgmarkt. Patiënten kunnen bewuste keuzes maken voor hun preferente zorgaanbieder. Transparantie draagt tevens bij aan het verbeteren van de zorg. Inzicht in *best practices* stimuleert zorgaanbieders om de kwaliteit of doelmatigheid van de zorg te verbeteren. Het afleggen van verantwoording over de kwaliteit van zorg is vanzelfsprekend geworden voor zorginstellingen. Zorginstellingen verzamelen veel gegevens om de kwaliteit en de veiligheid van de zorg inzichtelijk te maken en de zorg te verbeteren. Naast de gegevens die zorginstellingen zelf gebruiken voor interne verbetering, verzamelen zij een zeer grote hoeveelheid gegevens voor overheidsinstanties, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en andere externe partijen. De registratiedruk voor zorginstellingen neemt hierdoor toe.

Een aantal openbare indicatoren lijkt een positief effect teweeg te hebben gebracht op de kwaliteit van zorg. Dit lijkt voornamelijk te gelden voor indicatoren die met of door zorgprofessionals zijn opgesteld.

## De groei van de zorg zwakt verder af

De groei van de omzet van de algemene ziekenhuizen is in 2014 met 1,3% zeer bescheiden. Het is de laagste groei in 25 jaar en blijft hiermee binnen de afspraken uit het zorgakkoord.

Algemene ziekenhuizen en hun medisch specialisten nemen 65% van de omzet van de medisch-specialistische zorg voor hun rekening. Het aantal locaties waarop ziekenhuiszorg wordt geleverd, neemt toe, terwijl het aantal ziekenhuizen als gevolg van fusies daalt.

Vergeleken met andere landen in Europa en de VS kent Nederland per miljoen inwoners 6,0 ziekenhuizen. Dat is veel minder dan in de ons omringende landen.

## De werkgelegenheid in de zorg daalt verder

De sector zorg & welzijn is een van de grootste economische sectoren in Nederland. Ruim 13% van de voltijdsbanen valt binnen de sector zorg & welzijn. Voor het tweede jaar op rij daalt de werkgelegenheid in de zorg-sector. De daling is het sterkst in de ouderenzorg. Ook binnen de medisch-specialistische zorg daalt de werkgelegenheid sinds 2013. Ongeveer 29% van de zorgmedewerkers is werkzaam in de medisch-specialistische zorg. De grootste personeelscategorie (36,5%) in de algemene ziekenhuizen wordt gevormd door het verpleegkundig en verzorgend personeel. In de verhouding tussen het patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden personeel is het zwaartepunt in de afgelopen vier jaar licht verschoven naar het patiëntgebonden personeel.



### Transparantie in productie moet beter

De ziekenhuizen hebben in de afgelopen jaren te maken gehad met zeer veel veranderingen. Zo is de bekostiging volledig herzien en is er veel nieuwe regelgeving geweest rondom de registratie van het zorgproces. Er zijn nieuwe registraties ingevoerd en oude registraties zijn verdwenen. Definities zijn veranderd waardoor de productie, gemeten in termen van de 'oude' bekostigingsparameters, in de tijd niet langer eenduidig inzichtelijk gemaakt kan worden. Het meten van de ontwikkeling van het productievolume is over de afgelopen periode daarom niet goed mogelijk.

De DBC-productstructuur wijzigt nog ieder jaar, zodat ook hier nog te weinig continuïteit bestaat voor het eenduidig inschatten van ontwikkelingen in de tijd. In 2015 wordt de doorlooptijd van de DBC's verkort, wat opnieuw de vergelijkbaarheid in de tijd moeilijk maakt.

### Financieel gemiddeld gezonder, maar solvabiliteit scheef verdeeld

Het wegvallen van de transitiebedragen in 2014 heeft de gemiddelde winstmarge weer gebracht op het gemiddelde niveau vóór 2013 (1,9%). Elf ziekenhuizen schreven in 2014 rode cijfers. Opmerkelijk is dat van deze ziekenhuizen er ook negen in 2013 verlies maakten. De ziekenhuizen hebben in 2014 gemiddeld hun financiële weerbaarheid versterkt. Het eigen vermogen van de algemene ziekenhuizen is gestegen naar € 3,4 miljard. De gemiddelde solvabiliteit komt voor het eerst boven de streefnorm van 20%. Het aantal ziekenhuizen met een solvabiliteit boven de streefnorm is gestegen van 34 naar 48.



Meer transparantie moet niet  
gepaard gaan met meer, maar juist  
met minder registratielast.

# 1 Transparantie van kwaliteit

De NVZ vindt het belangrijk randvoorwaarden en waarborgen te creëren die onze leden nodig hebben om kwalitatief hoogwaardige en doelmatige medisch-specialistische zorg aan patiënten te verlenen. Kwaliteit van zorg, en inzicht daarin, wordt meer en meer gevraagd door de overheid, zorgverzekeraars en door patiënten. Het afleggen van verantwoording over de kwaliteit van zorg is vanzelfsprekend geworden voor zorginstellingen. Het zichtbaar en meetbaar maken van de kwaliteit en inzicht geven in de diversiteit van zorginstellingen staat bovenaan de agenda van de NVZ. Dat is de reden waarom de NVZ in dit brancherapport aandacht besteedt aan de transparantie van kwaliteit.

De periode maart 2015 tot maart 2016 is door Edith Schippers, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), uitgeroepen tot het jaar van de transparantie. Om kwaliteit 'leidend en lonend' te kunnen laten zijn voor patiënten, zorgaanbieders en verzekeraars, is goede informatie over de kwaliteit van de zorg nodig. Tijdens dit jaar wordt in eerste instantie ingezet op het vindbaar en begrijpelijk maken van bestaande kwaliteitsgegevens. Vervolgens verschuift de aandacht naar het ontwikkelen van nieuwe informatie. Daarbij is de doelstelling dat meer transparantie niet gepaard moet gaan met meer, maar juist met minder registratielast.<sup>1</sup>

Dit themahoofdstuk gaat in op de volgende vragen: Hoe heeft de behoefte aan transparantie zich de afgelopen jaren ontwikkeld? Welke gegevens leveren ziekenhuizen aan en aan wie? In hoeverre worden de kwaliteitsgegevens daadwerkelijk gebruikt waarvoor ze bedoeld zijn? Draagt transparantie bij aan een betere kwaliteit van zorg? En: hoe kan de kwaliteitsinformatie en -uitvraag worden geoptimaliseerd?

## 1.1 Zichtbaar, beter

De afgelopen jaren is aan steeds meer voorwaarden voor kwalitatief goede zorg voldaan en er zijn veel verbeteringen geweest op het gebied van kwaliteit van ziekenhuiszorg. Toch is er nog relatief weinig informatie beschikbaar over de uitkomsten van de zorg. Bovendien zijn de administratieve lasten bij het verzamelen van gegevens voor indicatoren nu relatief hoog.

<sup>1</sup> Minister Schippers (Volksgezondheid, Welzijn en Sport), Het jaar van de transparantie, brief aan de Tweede Kamer d.d. 2-3-2015.

Daarom zet de NVZ in op efficiënt en effectief gebruik van kwaliteitsindicatoren via vier speerpunten:

- Vaker uitkomsten van behandelingen meten waardoor veel structuur- en procesindicatoren kunnen vervallen.
- Efficiënter registreren van indicatoren door eenmalige registratie aan de bron en het op elkaar afstemmen van systemen, zodat de gegevens op meerdere plekken gebruikt kunnen worden.
- Zorgen voor uniformiteit bij registratie en overal dezelfde werkwijzen en coderingen hanteren.
- Toetsen van kwaliteitsregistraties op effectiviteit en doelmatigheid om zo een goede inschatting te kunnen maken van de kosten en de baten.

Met deze vier speerpunten – én door het verder ontwikkelen van het Kwaliteitsvenster (zie hierna in paragraaf 1.3) – komt er steeds betere informatie beschikbaar over de prestaties van de Nederlandse ziekenhuiszorg.

De NVZ pakt haar rol als aanjager, alliantievormer en ontwikkelaar op bij het zichtbaar maken van de kwaliteit en diversiteit van zorg. Om te beginnen is kwaliteit verder op de kaart gezet met het Kwaliteitsvenster. Ook wil de NVZ met dit themahoofdstuk een bijdrage leveren aan het verder zichtbaar maken van kwaliteit van zorg.

## 1.2 De vraag naar transparantie

Zorginstellingen willen de beste zorg leveren aan hun patiënten. Daar hoort goede informatie bij. Deze informatie heeft verschillende functies: allereerst voor de instelling en professionals zelf om enerzijds te leren en te verbeteren en anderzijds om verantwoording af te leggen. Daarnaast gebruiken zorgverzekeraars de informatie om zorg in te kopen en patiënten om keuzes te maken. Overigens is het onderscheid tussen verbeter- en verantwoordingsinformatie niet altijd hard. Informatiebehoefte van derden (verantwoordingsinformatie) kan immers in een lerende organisatie op termijn leiden tot verbetering van de kwaliteit van zorg, net zo goed als verbeterinformatie kan worden gebruikt als verantwoordingsinformatie.

## 1.3 Ontwikkelingen in de afgelopen 25 jaar

De vraag naar transparantie van kwaliteit van zorg is niet nieuw. Onderstaand volgt een overzicht van de ontwikkelingen in de afgelopen 25 jaar.

### 1996: Kwaliteitswet Zorginstellingen

Vroeger was de kwaliteit van zorg vooral een zaak van de zorgprofessionals. In de jaren tachtig veranderde dit. De opvatting won terrein dat de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit niet alleen aan de zorgprofessionals kon worden overgelaten. Er ontstond behoefte aan een landelijk kwaliteitsbeleid. In 1989, 1990 en 1996 (en later nog een keer in 2000) werden hierover tijdens de zogenoemde Leidschendamconferenties politieke en professionele debatten gevoerd. Deze leidden in 1996 tot de introductie van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Deze wet verplicht zorgaanbieders om kwaliteitssystemen op te zetten en jaarlijks verantwoording af te leggen aan toezichthoudende

instanties over de kwaliteit van de zorg. De aanname in deze wet was dat goede kwaliteitssystemen automatisch leiden tot verantwoorde zorg.<sup>2</sup>

#### 2004: Basisset Kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen

In 2001 bleek uit de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen dat zorginstellingen onvoldoende vorderingen hadden gemaakt met het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren en kwaliteitssystemen. De staatssecretaris van VWS besloot vervolgens dat eind 2004 een indicatorenset beschikbaar moest zijn die inzicht gaf in de kwaliteitsontwikkeling. Dit moest patiënten en zorgverzekeraars in staat stellen de kwaliteit van instellingen te vergelijken. Instellingen die slecht presteren zouden daardoor gedwongen worden de kwaliteit te verbeteren. De IGZ, de Orde van Medisch Specialisten, de NVZ en NFU werkten gezamenlijk aan een set indicatoren voor de ziekenhuissector (de IGZ basisset kwaliteitsindicatoren). Uiteindelijk was de ziekenhuissector de enige sector die tijdig een indicatorenset beschikbaar had waarmee verantwoording kon worden afgelegd aan de toezichthouder.<sup>3, 4</sup>

#### 2007: Indicatorensets Zichtbare Zorg

In 2006 traden de Zorgverzekeringswet en de Wet marktordening gezondheidszorg in werking, die de basis vormen van het huidige gereguleerde marktwerkingsstelsel in de curatieve zorg. De behoefte aan transparantie werd daarbij nog belangrijker, omdat naast de overheid ook de drie hoofdrolspelers in het stelsel (zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten) informatie nodig hebben om hun rol in het stelsel zo goed mogelijk te vervullen. Daarmee kwam er een grotere nadruk op keuze- en inkoopinformatie. In 2006 en 2007 schreven de minister en staatssecretaris van VWS in hun kamerbrieven 'Kwaliteit van zorg: hoog op de agenda' en 'Koers op kwaliteit' dat kwaliteit meetbaar moet zijn met behulp van indicatoren en meetmethoden en dat gegevens over kwaliteit op een vergelijkbare wijze moeten worden gepubliceerd. Dit om de patiënt, de zorginkoop door zorgverzekeraars en de zorgverkoop door zorginstellingen te ondersteunen. De brief 'Koers op kwaliteit' vormde het startpunt van het programma Zichtbare Zorg dat liep van 2007 tot 2011. In dit programma moesten stuurgroepen van vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties, zorgaanbieders, brancheorganisaties, verzekeraars en IGZ de ontwikkeling van de kwaliteitsindicatoren aansturen.<sup>2</sup> Dit programma leidde voor de ziekenhuissector tot een set van 498 verplicht aan te leveren kwaliteitsindicatoren. Uit de evaluatie van het programma Zichtbare Zorg blijkt dat het programma € 31 miljoen heeft gekost, maar dat de bruikbaarheid van de ontwikkelde indicatorensets tegenvalt omdat de gegevens te weinig informatie verschaffen over de kwaliteit van zorg.<sup>5</sup>

<sup>2</sup> Gezondheidsraad, *Publieke indicatoren voor kwaliteit van curatieve zorg. De stand van de discussie*. Den Haag; 2013.

<sup>3</sup> Van der Voort H, Kerpershoek E, *All for one, one for all? Over afstemming van prestatie-indicatoren voor ziekenhuizen*. Delft, 2008.

<sup>4</sup> Algemene Rekenkamer, *Evaluatie kwaliteitswet zorginstellingen*, 2009.

<sup>5</sup> Algemene Rekenkamer, *Indicatoren voor kwaliteit in de zorg*, 2013.

Figuur 1.1 | Ontwikkelingen transparantie over kwaliteit



### 2008: VMS Veiligheidsprogramma

Het Veiligheidsmanagementsysteem (VMS) vormt het systeem waarmee ziekenhuizen continu risico's signaleren, verbeteringen doorvoeren en beleid vastleggen, evalueren en aanpassen. Het is daarmee de verankering van patiëntveiligheid in de praktijk. In 2013 beschikten alle ziekenhuizen over een geaccrediteerd of een gecertificeerd VMS.

Het VMS Veiligheidsprogramma ondersteunde van 2008 tot 2013 Nederlandse ziekenhuizen door kennis en een samenwerkingsstructuur aan te bieden op het gebied van patiëntveiligheid. Doel: ziekenhuizen zijn per 31 december 2012 geaccrediteerd of hebben een gecertificeerd veiligheidsmanagementsysteem (VMS). Eén van de ambities van het VMS Veiligheidsprogramma was om de vermijdbare schade en sterfte met 50% terug te dringen. Uit onderzoek van Nivel en Emgo+/VUmc in 2013 blijkt dat de ambitie om 50% sterfte terug te dringen is gehaald.<sup>6</sup>

Om verder te werken aan patiëntveiligheid en deze te borgen en nog meer te verbeteren, geven de NVZ en de NFU sinds 2013 invulling aan de veiligheidsagenda. Hierin staan in 2015 en 2016 drie onderwerpen centraal: infectiepreventie en antibioticabeleid, medicatieveiligheid en de veilige toepassing van medische technologie.

### 2013: Transparantiekalender en publicatie HSMR

In 2013 werd het programma Zichtbare Zorg met een aantal andere overheidsinstanties ondergebracht bij het Kwaliteitsinstituut, onderdeel van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) dat in april 2014 werd omgevormd tot Zorginstituut Nederland. Het Kwaliteitsinstituut heeft onder andere als taak te waarborgen dat iedereen in Nederland toegang heeft tot begrijpelijke en betrouwbare informatie over de kwaliteit van die zorg.

<sup>6</sup> Langelaan, M., Bruijne, M.C. de, Baines, R.J., Broekens, M.A., Hammink, K., Schijp, J., Verweij, L., Asscheman, H., Wagner, C. Monitor Zorggerelateerde Schade 2011/2012: dossieronderzoek in Nederlandse ziekenhuizen. Amsterdam, Utrecht: EMGO+ Instituut/VUmc, NIVEL, 2013.

Het Kwaliteitsinstituut maakt samen met patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en zorgaanbieders (professionals en zorginstellingen) afspraken over de kwaliteitsgegevens die zorginstellingen verplicht moeten meten en aanleveren. Deze gegevens moeten zorgverzekeraars ondersteunen bij de zorginkoop en dienen als keuzeinformatie voor patiënten. De afspraken hierover worden vastgelegd in de Transparantiekalender.<sup>7</sup> Om op de Transparantiekalender te komen, moet een indicatorenset tripartiet worden ingediend. Tripartiet betekent in dit verband: patiënten, zorgverzekeraars, zorgaanbieders (zorgverleners én zorginstellingen). Hiernaast publiceren ziekenhuizen sinds 2013 jaarlijks hun HSMR-scores (gecorrigeerde sterftcijfers).

#### 2014: Start aanlevering indicatoren uit bestaande kwaliteitsregistraties

Zorginstellingen zijn in de afgelopen jaren fors meer kwaliteitsindicatoren gaan registreren. Begon de Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA) in 2009 al met een klinische registratie voor darmkankeroperaties, in 2013 kende de inmiddels opgerichte Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA) al 17 registraties. Deze registraties werden opgezet door professionals voor professionals om de kwaliteit van zorg voor een specifieke diagnosegroep te verbeteren. In 2014 is er een koppeling aangebracht tussen de Transparantiekalender en bestaande registraties vanuit DICA en de Landelijke Registratie Orthopedisch Implantaten (LROI). Voor 14 aandoeningen op de Transparantiekalender zijn indicatoren geformuleerd die rechtstreeks uit deze kwaliteitsregistraties gehaald kunnen worden. De indicatoren worden via een gegevensmakelaar aangeleverd aan het Kwaliteitsinstituut.

#### 2014: Kwaliteitsvenster voor patiënten

De NVZ heeft samen met ziekenhuizen, patiënten en deskundigen een Kwaliteitsvenster voor patiënten ontwikkeld. In dit venster zien patiënten in één oogopslag de kwaliteit van het ziekenhuis of de revalidatie-instelling. Waar mogelijk worden de resultaten van het ziekenhuis of de revalidatie-instelling getoond over meerdere jaren en afgezet tegen het landelijk gemiddelde of een standaard. Instellingen publiceren het Kwaliteitsvenster op hun eigen website en geven per thema een toelichting op hun resultaten, waardoor deze in de juiste context kunnen worden geplaatst.

Het Kwaliteitsvenster zal doorlopend in ontwikkeling blijven. In de toekomst zal de nadruk komen te liggen op meer onderwerpen die iets zeggen over het effect van de behandeling (uitkomstindicatoren).

### 1.4 Veelheid aan gegevens

Zorginstellingen verzamelen veel gegevens om de kwaliteit en de veiligheid van de zorg inzichtelijk te maken en de zorg te verbeteren. Uit een inventarisatie van de NVZ blijkt dat zorginstellingen, afhankelijk van hun zorgaanbod, met meer dan honderd kwaliteitsregistraties te maken kunnen hebben. Het gaat daarbij om bijvoorbeeld klinische registraties, registraties van prevalentie- en incidentiegegevens, de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ) en gegevens in het

elektronisch patiëntendossier.<sup>8</sup> Daarnaast is er ook vanuit andere partijen veel vraag naar informatie. De laatste jaren vindt er discussie plaats over de manier waarop en hoeveel inzage gegeven moet worden in de kwaliteit van de zorg. Anno 2015 verzamelen zorginstellingen namelijk, naast de gegevens die zij zelf gebruiken voor interne verbetering, een zeer grote hoeveelheid gegevens voor overheidsinstanties, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en andere externe partijen.

### Verplichte aanlevering

Elk jaar leveren zorginstellingen gegevens aan waarmee de kwaliteit van zorg inzichtelijk kan worden gemaakt:

- Zorginstellingen leveren jaarlijks de indicatoren uit de Transparantiekalender aan het *Kwaliteitsinstituut* aan. Voor verslagjaar 2014 bestond de Transparantiekalender uit 2026 vragen met betrekking tot 37 aandoeningen.<sup>9</sup> In 2015 wordt nog een aantal aandoeningen aan de Transparantiekalender toegevoegd.
- Zorginstellingen leveren jaarlijks de indicatoren uit de basisset kwaliteitsindicatoren aan de IGZ aan. Deze set bevat maximaal 307 variabelen. In 2014 bevatte de set ongeveer 300 variabelen. Jaarlijks wordt maximaal 25% van de indicatoren vernieuwd of aangepast.<sup>10</sup> Door deze werkwijze heeft de IGZ basisset bijgedragen aan het afleggen van verantwoording over de kwaliteit van zorg. Er is bij de basisset sprake van duidelijkheid vooraf, van planbaarheid, van voorspelbaarheid en van een beperkt aantal indicatoren. Dezelfde indicatoren lopen een aantal jaren door, zodat verbeteringen ook daadwerkelijk kunnen worden doorgevoerd.

Ziekenhuizen leveren vooral gegevens over de twee kwaliteitsaspecten 'structuur' en 'proces': in 2012 vormden deze samen 96% van de verplichte indicatoren.

### Parallele uitvragen

Naast de wettelijk verplichte indicatorensets vragen andere partijen, zoals zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties, zorginstellingen regelmatig om aanvullende informatie over de kwaliteit van zorg. Deze zogenaamde parallelle uitvragen brengen voor zorginstellingen extra registratielasten met zich mee. Daarnaast komt het voor dat dezelfde vragen door de verschillende partijen op weer net iets andere wijze worden geformuleerd.<sup>11</sup>

<sup>8</sup> Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. *Kwaliteit op de kaart, Ontwikkelingen en resultaten op het gebied van kwaliteit van ziekenhuiszorg, 2014.*

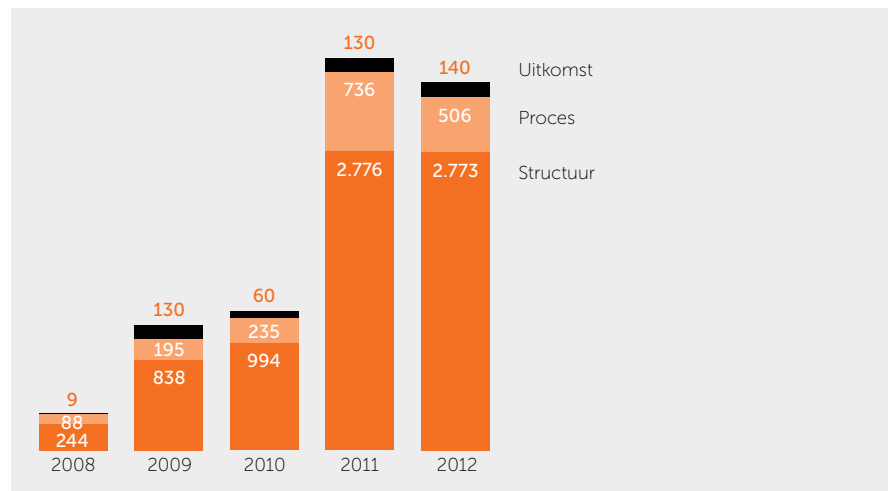
<sup>9</sup> Zorginstituut Nederland. [www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit](http://www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit).

<sup>10</sup> Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Kwaliteitsindicatoren 2015. Basisset ziekenhuizen. Utrecht, 2014.*

<sup>11</sup> Van den Hurk J, Buil C, Bex, P. *Tussentijdse evaluatie Kwaliteitsinstituut. De ontwikkeling van regeldruk van transparantie door de komst van het Kwaliteitsinstituut. Nieuwegein, 2015.*



Figuur 1.2 | Over welke kwaliteitsaspecten moeten ziekenhuizen verplicht gegevens aanleveren?



Bron: IGZ/ZiZo 2008–2012

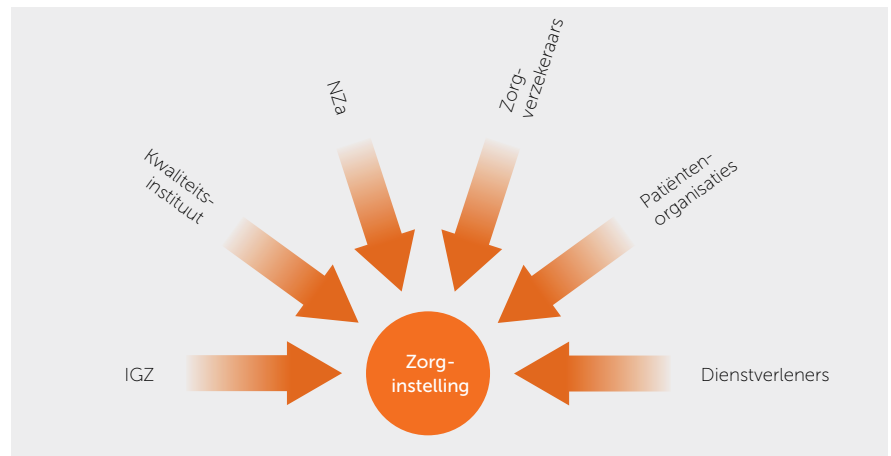
Hoewel zorginstellingen niet wettelijk verplicht zijn om gehoor te geven aan parallelle uitvragen van bijvoorbeeld zorgverzekeraars, ervaren zorginstellingen in de praktijk geen of weinig ruimte om daar geen gehoor aan te geven. Wanneer gevraagde gegevens niet worden aangeleverd, bestaat de mogelijkheid dat zorgverzekeraars de zorg niet meer inkopen of dit als argument gebruiken om de prijzen neerwaarts bij te stellen.

Ook kan het niet aanleveren van gegevens over de kwaliteit van zorg voor imagoschade zorgen, wanneer het publiek dit interpreteert als het verbergen van suboptimale prestaties.

Parallelle uitvragen zorgen voor de meeste registratielast en de behoefte daaraan moet daarom zoveel mogelijk beperkt worden. Minister Schippers heeft recent met zorgverzekeraars afgesproken dat zij voor 30 aandoeningen alleen zorg zullen inkopen op basis van gezamenlijk met aanbieders en patiënten ontwikkelde kwaliteitsindicatoren. Zij zullen voor deze aandoeningen zelf geen informatie meer uitvragen.<sup>12</sup>

<sup>12</sup> Ministerie van VWS. Jaar van de transparantie. 30 aandoeningen geselecteerd.

Figuur 1.3 | Informatievragende partijen



### Keurmerken en certificeringen

Door de gereguleerde marktwerking in de zorg is het behalen van accreditaties of certificeringen in de zorgsector steeds belangrijker geworden. Zorgverzekeraars eisen dat zorginstellingen hun kwaliteitssysteem door een onafhankelijke instelling laten accrediten (denk hierbij aan de NIAZ-, HKZ- of JCI-accreditaties). Hiernaast kunnen zorginstellingen keurmerken of certificeringen krijgen voor een specifieke aandoening of afdeling (bijvoorbeeld Patiëntenwijzer darmkanker en het Roze Lintje). Deze worden veelal toegekend door een patiëntenorganisatie of een zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties dringen steeds vaker aan op deze keurmerken en certificeringen. Soms stellen zorgverzekeraars dit zelfs als eis om het desbetreffende deel van de zorg te blijven inkopen bij de zorginstelling.

### Dienstverlenende partijen

Er zijn diverse dienstverlenende partijen die zorginstellingen om kwaliteitsdata vragen. Denk hierbij aan consultancybureaus, onderzoeksbureaus en informatieleveranciers die voor zorginstellingen werken. Deze partijen baseren hun dienstverlening vaak op bestaande databronnen, zoals de Landelijke Basisadministratie Ziekenhuiszorg (LBZ). Vaak vragen zij daarnaast aanvullende gegevens op.

## 1.5 Toenemende registratiedruk

De registratiedruk die voortvloeit uit de behoefte aan informatie over de kwaliteit van zorg, neemt toe. Zorginstellingen ervaren dat vooral de parallelle uitvraag vanuit de zorgverzekeraars de afgelopen jaren aanzienlijk is toegenomen.<sup>13</sup> Ook geven zorginstellingen aan dat zij het afgelopen jaar meer tijd dan voorheen hebben besteed aan het verzamelen van de kwaliteitsgegevens voor de Transparantiekalender. Dit heeft voor het grootste gedeelte te maken met het moeizaam lopende aanleverproces van de indicatoren uit bestaande kwaliteitsregistraties. Deze aanlevering vond in 2014 voor het eerst plaats.

<sup>13</sup> Van den Hurk J, Buil C, Bex, P. Tussentijdse evaluatie Kwaliteitsinstituut. De ontwikkeling van regeldruk van transparantie door de komst van het Kwaliteitsinstituut. Nieuwegein, 2015.

## Patiënten informeren bij doorverwijzing niet naar keurmerken

Desiree Creemers,

Medisch Directeur Rijnstate:

'Huisartsen uit de regio geven aan dat patiënten bij verwijzing naar het ziekenhuis nooit vragen of dat ziekenhuis wel een bepaald keurmerk of lintje heeft.'

Er werden onder andere knelpunten ervaren in de afstemming en coördinatie rondom het totale proces van het definiëren tot het aanleveren van de indicatoren, de informatiestroom van de zorginstellingen naar het Kwaliteitsinstituut en de betrouwbaarheid van de aangeleverde gegevens. Dit vormde voor de NVZ aanleiding om het ministerie van VWS te vragen een evaluatieonderzoek in te stellen. De resultaten van dit evaluatieonderzoek komen na het verschijnen van dit brancherapport beschikbaar. Ten slotte zorgt ook de toenemende focus op accreditaties en certificeringen voor een grotere registratielast.

### 1.6 Gebruik van kwaliteitsinformatie

Er wordt veel tijd, geld en energie gestoken in het verzamelen, registreren en uitvragen van kwaliteitsgegevens en het omzetten van deze gegevens in informatie. Zo maakt de overheid de opgevraagde informatie beschikbaar voor het brede publiek via kiesbeter.nl en zorginzicht.nl. De NVZ en haar leden publiceren kwaliteitsgegevens via de Kwaliteitsvensters op hun websites. Patiëntenorganisaties maken keuzetools voor hun achterban. Maar in hoeverre wordt deze informatie ook daadwerkelijk gebruikt?

#### Patiënten gebruiken kwaliteitsinformatie nauwelijks

Onderzoek naar de effecten van kwaliteitsinformatie op patiënten is nog schaars. Bestaande onderzoeken wijzen dezelfde kant uit: de beschikbare informatie heeft voor de meeste patiënten geen effect op kennis, attitude en gedrag.<sup>14, 15</sup> Slechts een kleine minderheid van de patiënten kiest actief voor een zorgverlener of ziekenhuis op basis van beschikbare kwaliteitsinformatie.<sup>16</sup> Dit zijn vaak jongere en/of hoog opgeleide patiënten en patiënten met veel keuzealternatieven in de buurt.<sup>17, 18, 19</sup> De meeste patiënten kiezen niet bewust en gaan naar de dichtst-bijzijnde zorginstelling, de zorgverlener bij wie ze vaker geweest zijn of de zorgaanbieder die hun huisarts aanraadt.<sup>20, 21</sup>

14 Faber M, Bosch M, Wollersheim H, Leatherman S, Grol R. Public reporting in health care: how do consumers use quality-of-care information? A systematic review. *Med Care* 2009;47.

15 Kolstad JT, Chernew ME. Quality and consumer decision making in the market for health insurance and health care services. *Med Care Res Rev* 2009;66.

16 Victoor A, Rademakers J. Waarom kiezen patiënten niet voor het 'beste' ziekenhuis? *Nederlands tijdschrift voor Geneeskunde*, 05-01-2015.

17 Exworthy M, Peckham S. Access, Choice and Travel: Implications for Health Policy. *Soc Policy Adm.* 2006;40.

18 Tai WT, Porell FW, Adams EK. Hospital choice of rural Medicare beneficiaries: patient, hospital attributes, and the patient-physician relationship. *Health Serv Res.* 2004;39.

19 Victoor A, Rademakers J, Reitsma-van Rooijen M, de Jong J, Delnoij D, Friele R. The effect of the proximity of patients' nearest alternative hospital on their intention to search for information on hospital quality. *J Health Serv Res Policy.* 2013;19.

20 *Serv Res Policy.* 2013;19. Dixon A, Robertson R, Bal R. The experience of implementing choice at point of referral: a comparison of the Netherlands and England. *Health Econ Policy Law.* 2010;5.

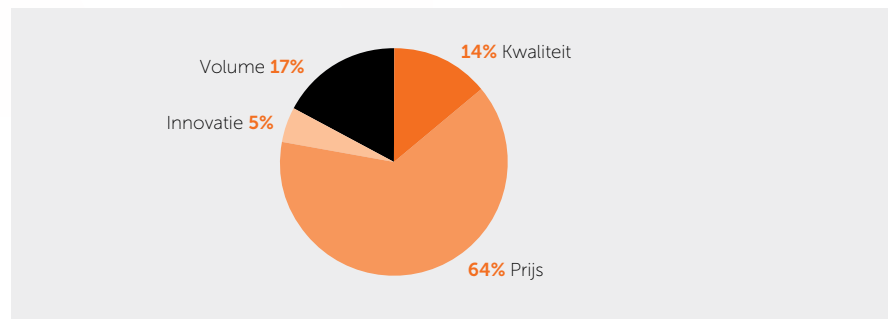
21 Victoor A, Delnoij DMJ, Friele RD, Rademakers JJDJM. Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2012;11.

Er zijn verschillende redenen waarom deze patiënten geen actieve keuze maken:

- Zij zien geen reden om actief te kiezen, bijvoorbeeld omdat zij tevreden zijn over hun huidige zorgverlener, geen kwaliteitsverschillen tussen zorginstellingen zien of omdat ze erop vertrouwen dat hun huisarts of specialist de beste zorginstelling voor hen uitzoekt.<sup>22</sup>
- Zij zijn van mening dat zij geen keuzemogelijkheid hebben, bijvoorbeeld omdat er te weinig zorginstellingen in de omgeving zijn en/of omdat zij geen mogelijkheden of tijd hebben om naar een andere zorginstelling te reizen. Ook wordt er door het verloop van het ziekteproces soms geen keuzemogelijkheid ervaren. Tijdens het ziekteproces wisselen diagnostiek en behandeling elkaar af zonder dat patiënten een duidelijk keuzemoment voor een zorgaanbieder ervaren. Eenmaal in behandeling bij een bepaalde zorgaanbieder, wordt er niet vaak uit eigen initiatief overgestapt. <sup>22, 23, 24</sup>
- Zij vinden het moeilijk om actief te kiezen, bijvoorbeeld omdat ze niet genoeg kennis over de kwaliteit van zorginstellingen hebben of omdat ze twijfelen aan de juistheid van beschikbare informatie.<sup>22</sup>

Patiëntenfederatie NPCF geeft aan dat de meeste patiënten hun zorgverzekeraar, net als hun zorgverleners, niet uitkiezen op basis van de kwaliteit van de gecontracteerde zorgverlening. Patiënten hebben volgens de NPCF onvoldoende zicht op de kwaliteitsindicatoren die een rol spelen in het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars en kunnen deze nauwelijks onderling vergelijken.<sup>25</sup>

Figuur 1.4 | Zwaartepunt in zorginkooponderhandelingen volgens zorgaanbieders



Bron: Monitor en beleidsbrief Zorginkoop 2014 NZa

#### Kwaliteit heeft ondergeschikte rol bij zorginkoop

Ook zorgverzekeraars gebruiken de beschikbare kwaliteitsinformatie nog in onvoldoende mate bij het contracteren van de zorgverlening. Hoewel zorgverzekeraars in toenemende mate aandacht hebben voor kwaliteit, blijven financiële aspecten bij de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorginstellingen dominant.

<sup>22</sup> Exworthy M, Peckham S. Access, Choice and Travel: Implications for Health Policy. Soc Policy Adm. 2006;40.

<sup>23</sup> Van Hoorn E, Bellemakers C, Koster J. De kleine zelfbeschikking en de herovering van vraagsturing. Amsterdam, 2003.

<sup>24</sup> Mol A. De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen. Amsterdam, 2006.

<sup>25</sup> Nederlandse Zorgautoriteit. Monitor en beleidsbrief Zorginkoop. Februari 2014.

Om een indruk te krijgen van de onderhandelingsgesprekken zoals deze ervaren worden door de zorgaanbieders, zette de Nederlandse Zorgautoriteit eind 2013 een enquête uit bij zorgaanbieders uit de verschillende zorgmarkten. Slechts 14% van de geënquêteerde aanbieders was van mening dat kwaliteit het belangrijkste aspect vormde tijdens de onderhandelingen met de zorgverzekeraars. Volgens 64% lag de nadruk op de prijs. Zorgverzekeraars delen de mening dat het prijsaspect dominant is tijdens de zorgonderhandelingen.<sup>25</sup> Kwaliteit speelt bij de zorginkoop dus nog altijd een ondergeschikte rol. Afspraken over kwaliteit, service, innovatie of preventie komen tijdens de zorginkoop wel aan de orde, maar hebben een lage prioriteit of vinden buiten het contracteerproces plaats.<sup>25</sup>

### Overheid

De overheid waarborgt de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg via de IGZ. Voor het toezicht op de zorginstellingen gebruikt de IGZ onder andere de informatie die zij verzamelt via haar eigen basisset. Daarnaast gebruikt zij meldingen en signalen die zij binnenkrijgt (onder andere via Zorgkaart Nederland), informatie uit jaardocumenten en CQ-indexen. De door Zichtbare Zorg ontwikkelde indicatoren (die later in de Transparantiekalender zijn overgenomen) worden door de IGZ vrijwel niet gebruikt. Deze indicatoren hebben namelijk onvoldoende voorspellende waarde voor risicovolle situaties en zijn daardoor niet goed bruikbaar om prioriteiten aan te brengen in het risico gestuurde toezicht van de IGZ.<sup>26</sup>

### Zorgaanbieders

Een groot deel van de indicatoren die worden gevraagd door de externe partijen wordt door de zorginstellingen zelf niet gebruikt om de kwaliteit van zorg te monitoren en te verbeteren.<sup>27</sup> Er is vanuit zorginstellingen en professionals kritiek op de indicatoren die op dit moment worden gebruikt voor zorginkoop, keuze-informatie en toezicht. Zo worden vraagtekens gesteld bij de betrouwbaarheid van sommige indicatoren. Ook laten indicatordefinities regelmatig ruimte open voor interpretatieverschillen. Nog te vaak richten indicatoren zich op structuur (zoals de capaciteit voor behandelingen) en proces (zoals bijvoorbeeld wachttijden) in plaats van op het behandelresultaat, terwijl dat juist de informatie is die nuttig is voor de patiënt en zijn behandelaar. Ook zijn de resultaten van verschillende zorginstellingen soms lastig vergelijkbaar.<sup>28</sup>

<sup>26</sup> Kringos DS, Anema HA, ten Asbroek AHA, Fischer C, Botje D, Kievit J, Steyerberg EW, Klainga NS. Beperkt zicht. Onderzoek naar de betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid van prestatie-indicatoren over de kwaliteit van de Nederlandse ziekenhuiszorg. Amsterdam; 2011.

<sup>27</sup> Kringos DS, Anema HA, ten Asbroek AHA, Fischer C, Botje D, Kievit J, Steyerberg EW, Klainga NS. Beperkt zicht. Onderzoek naar de betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid van prestatie-indicatoren over de kwaliteit van de Nederlandse ziekenhuiszorg. Amsterdam; 2011.

<sup>28</sup> Van den Bosch W, Cramer C, Linders Y, Veldman D. Zorg voor Uitkomst. Uitkomstindicatoren voor kanker. Resultaten Santeon ziekenhuizen 2014. Utrecht, 2014.

Zorgprofessionals zien ter verbetering van de kwaliteit van de zorg het meest heil in indicatoren en kwaliteitsregistraties die in nauwe samenwerking met of door het veld zelf ontwikkeld zijn. De basisset van de IGZ is in nauwe samenwerking met zorgprofessionals ontwikkeld en wordt over het algemeen breed gedragen.<sup>29</sup> Voorbeelden van kwaliteitsindicatoren die door het veld zelf zijn ontwikkeld, zijn de indicatoren uit de kwaliteitsregistraties van de Nationale Intensive Care Evaluatie (NICE), PREventie van ZIEkenhuisinfecties door Surveillance (PREZIES), Perinatale Registratie Nederland (PRN) en Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA). Een ander voorbeeld vormen de indicatorensets voor onder meer long- en prostaatkanker die door Santeon, een samenwerkingsverband van zes topklinische ziekenhuizen, zijn ontwikkeld in het project 'Zorg voor Uitkomst'.

### 1.7 Verbetering door transparantie over kwaliteit

Goed onderzoek naar de effecten van het publiceren van kwaliteitsinformatie is schaars. Er is geen onomstotelijk wetenschappelijk bewijs dat het openbaar maken van kwaliteitsindicatoren de kwaliteit van de zorgverlening daadwerkelijk verbetert.<sup>29</sup> Toch lijken een aantal openbare indicatoren in de praktijk wel degelijk een positief effect teweeg gebracht te hebben op de kwaliteit van zorg.<sup>29</sup> Dit lijkt voornamelijk te gelden voor indicatoren die met of door zorgprofessionals zijn opgesteld. De IGZ rapporteert bijvoorbeeld onder andere de volgende verbeteringen:

- Chirurgen hebben in 4 jaar tijd een daling van 50% bereikt in de sterfte na een pancreaticoduodenectomie, nadat hierover een volume-indicator werd opgenomen in de basisset.
- In 3 jaar tijd is een daling van 25% gerealiseerd in de 30-dagenmortaliteit na carcinoomoperaties nadat hierover een volume-indicator was opgenomen in de basisset.
- Doorligwonden namen met 80% af gedurende 8 jaar dat hierover een indicator opgenomen was in de basisset.
- Het percentage patiënten bij wie tumorweefsel is achtergebleven na een borstkankeroperatie is afgenomen van 21% tot 11% in het eerste jaar nadat hierover een indicator was opgenomen in de basisset.
- Het percentage patiënten dat binnen een uur na een CVA trombolysie toegediend kreeg, nam in 3 jaar tijd toe van 65% tot 84% nadat hierover een indicator werd opgenomen in de basisset.<sup>30</sup>

<sup>29</sup> Gezondheidsraad. *Publieke indicatoren voor kwaliteit van curatieve zorg. De stand van de discussie.* Den Haag; 2013.

<sup>30</sup> CS Oldenburg, JM van den Berg, IP Leikstikow. All aboard, getting nationwide indicators on the rails. Collaborative governance as a strategy for developing effective national quality indicators for hospital care. *BMJ Outcomes Inaugural collection.* April 2015.

## Kwaliteitsborging in de dagelijkse praktijk

Rik Somford, uroloog in het

Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis:

*'Elk kwartaal bespreek ik met mijn collega's aan de hand van een aantal parameters de radicale prostatectomieën die wij het afgelopen kwartaal hebben verricht. We letten daarbij met name op de verschillen tussen collega's en op de ontwikkeling van de parameters over de tijd heen. Het doel is om van elkaar te leren en zo snel mogelijk in te kunnen grijpen wanneer we het gevoel krijgen dat er iets niet klopt. In dat geval bespreken we waar de afwijking van de norm vandaan kan komen. Behandelt die collega toevallig een zwaardere groep patiënten of is er iets anders aan de hand? Ook vergelijken wij onze cijfers regelmatig met die van andere ziekenhuizen via het project Zorg voor Uitkomst van Santeon. Artsen zijn vooral geïnteresseerd in indicatoren wanneer ze daarmee best-practices kunnen opsporen en van elkaar kunnen leren.'*

Deze basisset van de IGZ laat zien dat met duidelijkheid vooraf en de planbaarheid, voorspelbaarheid en het beperkte aantal indicatoren over meerdere jaren goede resultaten zijn te behalen. Deze werkwijze leidde ook bij het VMS Veiligheidsprogramma tot het succesvolle resultaat van een halvering van de vermijdbare schade.<sup>31</sup>

Van een aantal kwaliteitsregistraties worden op vrijwillige basis uitkomsten openbaar gepubliceerd. Zo publiceerde Zorg voor Uitkomst de onder andere volgende resultaten:

- In het Catharina Ziekenhuis bleken patiënten met longkanker waarvoor geen genezing meer mogelijk was gemiddeld enkele maanden langer te leven dan in het St. Antonius Ziekenhuis. Er werd een relatie gelegd met het toedienen van chemotherapie. Nu onderzoekt Santeon of de gewonnen levensduur voor de patiënten ook kwaliteit van leven brengt.
- Op basis van de verzamelde data is er voor patiënten met prostaatkanker een rekenregel ontwikkeld die leidt tot een betere behandelkeuze. Deze rekenregel houdt rekening met leeftijd, de agressiviteit van de tumor en met eventuele andere medische aandoeningen. De rekenregel wordt nu in alle Santeon ziekenhuizen ingevoerd.<sup>32</sup>

Hoewel er veel kritiek is op de HSMR als meetinstrument voor de kwaliteit van zorg, blijkt uit een analyse van het CBS dat tussen 2007 en 2012 het risico om in het ziekenhuis te overlijden fors is gedaald. De gemiddelde ziekenhuissterfte is in 61 van de 100 ziekenhuizen met 34% gedaald (van de overige ziekenhuizen kon de data niet meegenomen worden in de analyse). En waar in 2007 de gemiddelde sterfte nog 21% boven de verwachte waarde lag, lag deze in 2012 18% onder de verwachte waarde.<sup>33</sup> De gemiddelde ziekenhuissterfte is gecorrigeerd voor patiëntkenmerken en kenmerken van de ziekenhuisopnames, die beide kunnen veranderen in de tijd. Het gemiddelde sterftecijfer over alle opnames van de ziekenhuizen samen wordt in de tijd vergeleken. Daarbij wordt ook een vergelijking gemaakt met de ontwikkeling van de algemene bevolkingssterfte, uitgesplitst naar sterfte buiten en binnen het ziekenhuis.

<sup>31</sup> Langelaan, M., Bruijne, M.C. de, Baines, R.J., Broekens, M.A., Hammink, K., Schlip, J., Verweij, L., Asscheman, H., Wagner, C. Monitor Zorggerelateerde Schade 2011/2012: dossieronderzoek in Nederlandse ziekenhuizen. Amsterdam, Utrecht; EMGO+ Instituut/VUmc, NIVEL, 2013.

<sup>32</sup> Van den Bosch W, Cramer C, Linders Y, Veldman D. Zorg voor Uitkomst. Uitkomstindicatoren voor kanker. Resultaten Santeon ziekenhuizen 2014. Utrecht, 2014.

<sup>33</sup> Ploemacher J, Israëls AZ, Van der Laan DJ, De Bruin A. Gestandaardiseerde ziekenhuissterfte daalt in de tijd. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde.2013;157.

DICA maakte onder andere de volgende resultaten bekend (niet herleidbaar naar individuele zorginstellingen):

- Tussen 2009 en 2014 is er een 56% afname gerealiseerd van sterfte naar darmkankeroperaties (van 5,2% naar 2,3%).
- Tussen 2011 en 2014 is een afname van 47% gerealiseerd in de sterfte na maagkankeroperaties (van 8,5% naar 4,5%).<sup>34</sup>

Clinical audits hebben de afgelopen jaren bewezen dat zij een krachtig kwaliteitsinstrument zijn waarmee dokters de zorg die zij verlenen continu kunnen verbeteren. De clinical audits bieden een kans om zorgprocessen te vinden die leiden tot de beste resultaten voor de patiënt.

Zorgverzekeraar Zilveren Kruis, onderdeel van Achmea, heeft het programma Kwaliteit van Zorg ontwikkeld en uitgevoerd. De doelstelling van het programma is om de uitkomsten van zorg transparant te maken voor circa 20 aandoeningen en onderdelen van de zorg.

In 2012/2013 is binnen het programma Kwaliteit van Zorg een pilot-project darmkankerdiagnostiek uitgevoerd met zeven ziekenhuizen. Aanvankelijk was er bij de deelnemende ziekenhuizen scepsis over het met elkaar delen van gegevens en het uitvragen van patiënten. Tijdens het bespreken van de meetresultaten veranderde dit in enthousiasme en ambitie om de eigen prestaties te verbeteren. Voorbeelden van verbeteringen die de deelnemende ziekenhuizen hebben doorgevoerd zijn:

- De begeleiding voor arts-assistenten is geïntensiveerd na aanleiding van verschillen in uitkomsten.
- Er wordt extra aandacht besteed aan het onderzoeken van het rechterdeel van de dikke darm, omdat uit de nabesprekingen volgde dat bijna alle gemiste poliepen zich daar bevonden.
- De ingeplande tijd voor een coloscopie is verruimd naar 40 minuten, omdat er meer tijd nodig bleek om bijvoorbeeld de darm volledig onderzoeken.

## 1.8 Het roer om

Het voorgaande laat zien dat er goede voorbeelden te vinden zijn van transparantie die leidt tot betere zorg. Wel pleit de NVZ voor een goede evaluatie van het nut en noodzaak van alle metingen. Immers, zorginstellingen en professionals leveren een forse inspanning bij het registreren en aanleveren van de gegevens. De kosten en baten van de verschillende registraties moeten in balans zijn.

<sup>34</sup> Dutch Institute for clinical auditing. Rapportage 2014. Together we make care count.



De NVZ vindt de volgende aspecten van belang bij transparant van kwaliteit:

- *Less is more*. Er moeten minder, maar betere en zinnigere indicatoren komen. De NVZ is van mening dat een indicatorset voor een bepaalde aandoening uit maximaal 10 indicatoren moet bestaan.
- Indicatoren moeten zo veel mogelijk gericht zijn op uitkomsten van zorg.
- Als er internationale indicatoren voorhanden zijn, moeten Nederlandse indicatoren hierbij zo veel mogelijk aansluiten. Dit vergroot de internationale vergelijkbaarheid van de kwaliteit van de zorg.
- Indicatoren moeten zoveel mogelijk uit bestaande registraties onttrokken kunnen worden. Er moeten zo min mogelijk extra registraties voor opgezet hoeven te worden. Om dit te bereiken zal de NVZ samen met NFU en Nictiz werken aan het eenduidig en eenmalig registreren van patiëntgegevens voor meervoudig gebruik (registratie aan de bron). [35](#), [36](#)

Om bovenstaande te realiseren, is het essentieel dat er een duidelijke regie gevoerd wordt op het hele proces van indicatorontwikkeling, registratie en aanlevering.

### Transparantie zonder registratie

Tot nu toe is steeds over transparantie gesproken in het kader van de beschikbaarheid en het gebruik van informatie die wordt gebaseerd op gegevens die door zorginstellingen worden geregistreerd. Er zijn ook vormen van transparantie te bedenken die geen registratiedruk met zich meebrengen. Een aantal acties die in het kader van het jaar van de transparanties zijn geformuleerd sluit hier goed bij aan:

- De NPCF en de Federatie Medisch Specialisten zullen voor circa 30 aandoeningen begrijpelijke en beknopte voorlichting voor patiënten beschikbaar stellen die is te vinden op Zorgkaart.
- De Federatie Medisch Specialisten gaat 'Verstandige Keuzes' publiceren, dat gaat over behandelopties en wanneer bepaalde behandelopties juist wel of niet de voorkeur hebben.
- Uit het project 'Samen beslissen' komt materiaal beschikbaar om de patiënt en de zorgverlener te ondersteunen bij hun gesprek. [37](#)

Hiernaast kan ook worden gedacht aan het verbeteren van de toegang voor patiënten tot hun medische dossier. Zo kunnen patiënten deze informatie gebruiken voor regie en zelfmanagement, in interactie met hun zorgverleners.

[35](#) NFU, Registratie aan de bron. Visie op documentatie en gebruik van zorggegevens 2013–2020, april 2013.

[36](#) Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Informatiebeleidsplan NVZ: vier speerpunten, 31-10-2014.

[37](#) Minister Schippers (Volksgezondheid, Welzijn en Sport), Het jaar van de transparantie, brief aan de Tweede Kamer d.d. 2-3-2015.



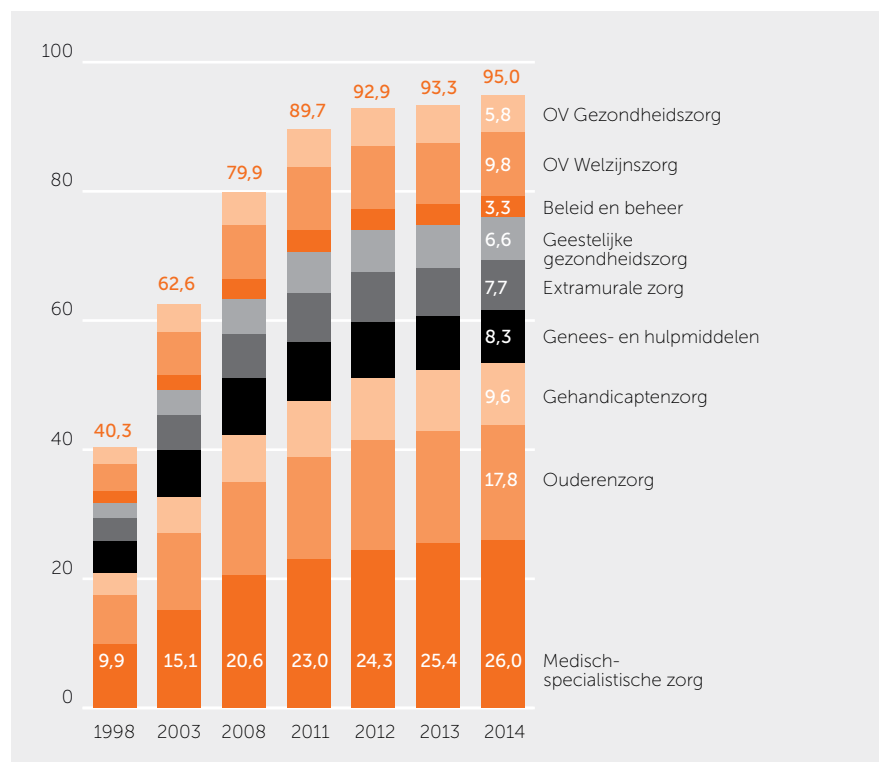
Minder ziekenhuizen,  
maar meer locaties waar  
ziekenhuiszorg wordt  
aangeboden.

## 2 Zorg in perspectief

Onder medisch-specialistische zorg wordt verstaan: de zorg in algemene en categorale ziekenhuizen, universitair medisch centra, revalidatiecentra, honoraria voor medisch specialisten en zelfstandige behandelcentra. Algemene ziekenhuizen leveren 57% van de omzet van de totale medisch-specialistische zorg.

De uitgaven aan zorg & welzijn bedragen in 2014 € 95 miljard. De uitgaven zijn ten opzichte van 1998 meer dan verdubbeld. Toen bedroegen de kosten € 40,3 miljard. De uitgaven aan medisch specialistische zorg zijn tussen 1998 en 2014 gestegen van € 9,9 naar € 26,0 miljard (Figuur 2.1). Het aandeel medisch-specialistische zorg in de totale uitgaven aan zorg & welzijn is tussen 1998 en 2014 gestegen van 24,6% naar 27,3%.

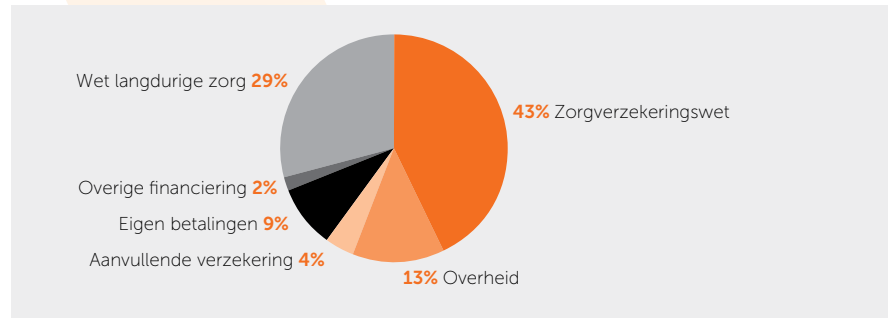
Figuur 2.1 | Uitgaven zorg & welzijn per branche 1998–2014 (€, miljard)



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.

De financiering van de zorg vindt voor het grootste deel (43%) plaats via de Zorgverzekeringswet (Zvw). De Wet Langdurige Zorg (WLZ), opvolger van de Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten (AWBZ) draagt voor 29% bij aan de financiering van de zorg. De overheid volgt met 13% (Figuur 2.2). Het aandeel eigen bijdragen ligt met 9% relatief laag ten opzichte van andere Europese landen.

Figuur 2.2 | Uitgaven zorg & welzijn naar financier (relatief aandeel, 2014)

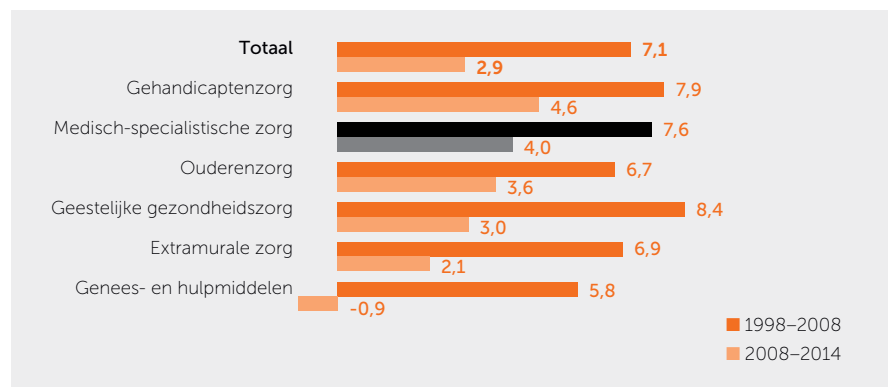


Bron: CBS, zorgrekeningen

## 2.1 Groei van de zorg

De gemiddelde uitgavengroei in zorg & welzijn is in de periode 2008–2014 (2,9%) minder dan de helft als in de periode 1998–2008 (7,1%). Deze vertraging vindt plaats in alle zorg & welzijn-branches. De medisch-specialistische zorg groeide in de laatste zes jaar met gemiddeld 4,0%. Gecorrigeerd voor de overheveling van de dure geneesmiddelen komt de gemiddelde groei uit op 3,4%. In de periode 1998–2008 bedroeg de groei nog 7,6%. De uitgaven van de algemene ziekenhuizen groeiden tussen 1998–2008 met 6,3%, en in de periode 2008–2014 met 4,5% (gecorrigeerd voor de overheveling dure geneesmiddelen met 3,8%).

Figuur 2.3 | Gemiddelde jaarlijkse groei van de uitgaven in % per branche (1998–2008; 2008–2014)



Bron: CBS

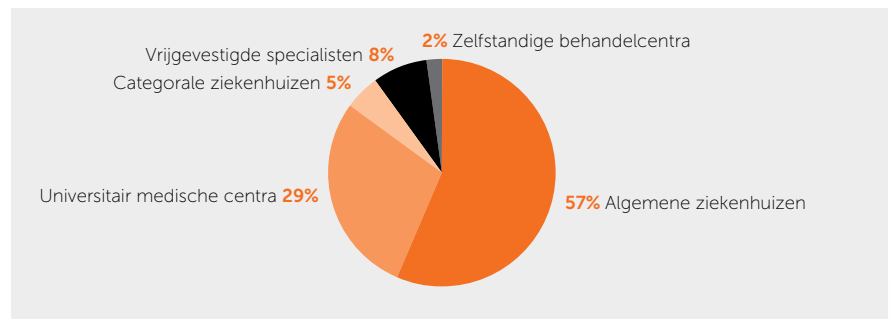
## 2.2 Algemene ziekenhuizen en medisch-specialistische zorg

Medisch-specialistische zorg in Nederland wordt geleverd door algemene, academische en categorale ziekenhuizen en zbc's. Medisch specialisten kunnen een dienstverband hebben met een ziekenhuis of vrijgevestigd zijn.

Er bestaan geen recente overzichten van de uitgaven van medisch-specialistische zorg naar het onderscheid medisch specialisten in dienstverband en vrijgevestigde medisch specialisten. Het CBS geeft wel een overzicht van de omzet van de algemene, academische en categorale ziekenhuizen, waarbij de omzet van de medisch specialisten met een dienstverband in de omzet van de ziekenhuizen zit. Het betreft hier de netto omzet. Dit is exclusief de omzet uit onderlinge leveringen (diensten van een ziekenhuis aan een andere zorgaanbieder) en exclusief de niet zorg gerelateerde omzet zoals parkeergelden en maaltijdvergoedingen. Uit andere bronnen zijn de uitgaven van de vrijgevestigde medisch specialisten en de omzet van de ZBC's verzameld.

Figuur 2.4 laat zien dat de algemene ziekenhuizen 57% van de omzet van de medisch-specialistische zorg voor hun rekening nemen. Als de omzet van de vrijgevestigde medisch specialisten wordt meegerekend, komt dit aandeel uit op 65%. De umc's vormen 29% van de omzet en de categorale ziekenhuizen (inclusief de revalidatiecentra) 5%. De ZBC's leveren 2% van de zorg.

Figuur 2.4 | Aandeel algemene ziekenhuizen binnen ziekenhuiszorg (2014)



Bron: CBS, Zorginstellingen; financiën en personeel, NZa, Marktscan

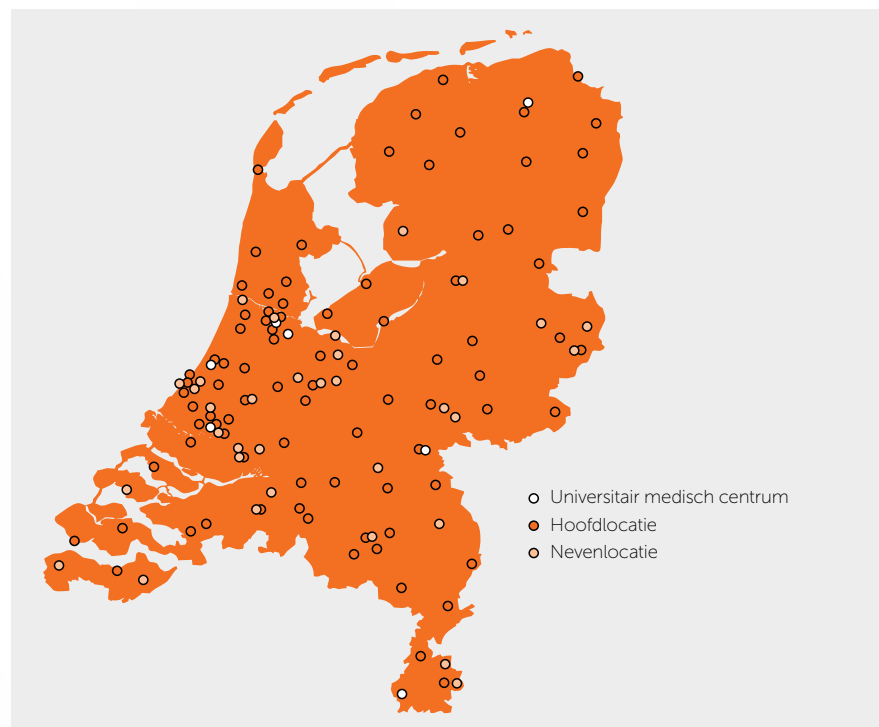
## 2.3 Spreiding ziekenhuizen

### Algemene ziekenhuizen en universitair medisch centra

In 2014 is het aantal ziekenhuizen in Nederland gedaald naar 84. Het betreft 76 algemene ziekenhuizen en 8 universitair medisch centra. <sup>38</sup>

In 2015 is het aantal algemene ziekenhuizen als gevolg van fusies verder gedaald naar 70, wat het totaal aantal ziekenhuizen in Nederland brengt op 78. Het aantal ziekenhuislocaties bedraagt 130. Het betreft 11 locaties van umc's en 119 locaties van algemene ziekenhuizen.

Figuur 2.5 | Spreiding Nederlandse ziekenhuizen



Bron: RIVM

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

<sup>38</sup> RIVM, <http://www.zorgatlas.nl/zorg/ziekenhuiszorg/algemene-en-academische-ziekenhuizen/aanbod/locaties-algemene-en-academische-ziekenhuizen>.

### Categorale ziekenhuizen en instellingen voor klinische revalidatie

In Figuur 2.6 zijn de locaties weergegeven van de revalidatiecentra waar klinische zorg wordt geleverd. Momenteel zijn er in Nederland enkele zelfstandige categorale ziekenhuizen, zoals het Oogziekenhuis in Rotterdam, het NKL Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis in Amsterdam, de Sint Maartenskliniek en de Medinova klinieken.

In Figuur 2.6 worden alleen revalidatie-instellingen getoond en niet de afdelingen van algemene ziekenhuizen die deze zorg bieden.

Figuur 2.6 | Spreiding Nederlandse revalidatie-instellingen



Bron: RN, DigiMV

## 2.4 Vergelijking Europa en VS

### 2.4.1 Aanbod ziekenhuiszorg: bedden en specialisten

Nederland kent per miljoen inwoners 6,0 ziekenhuizen (Figuur 2.7). Dat is veel minder dan in de ons omringende landen. In België ligt het aantal bijna op het dubbele en in Frankrijk zijn het er bijna vijf keer zo veel. Wellicht speelt de relatief hoge bevolkingsdichtheid in Nederland hierbij een rol: de bereikbaarheid in Nederland is met minder ziekenhuizen toch gewaarborgd.

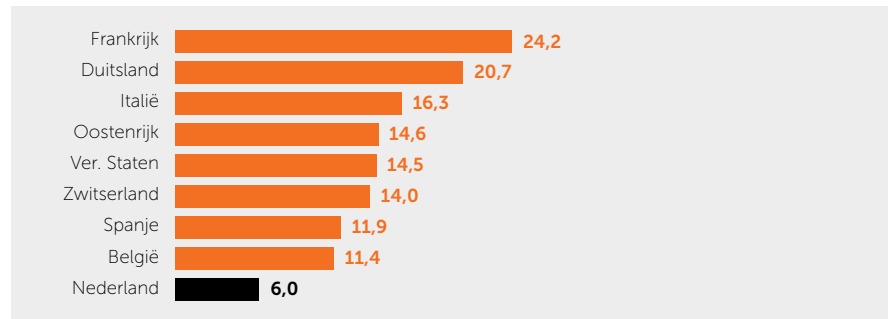
Nederlandse ziekenhuizen zijn relatief groot. Volgens de definitie van de OECD beschikt het gemiddelde ziekenhuis in Nederland over 560 bedden.

Volgens de Enquête Jaarcijfers Ziekenhuizen (EJZ) zijn het er 486. In Frankrijk is de gemiddelde beddenomvang juist laag (120 bedden per ziekenhuis).

De beddensichtheid bedraagt in Nederland volgens de OECD 3,3 per 1.000 inwoners en volgens de EJZ 2,6.

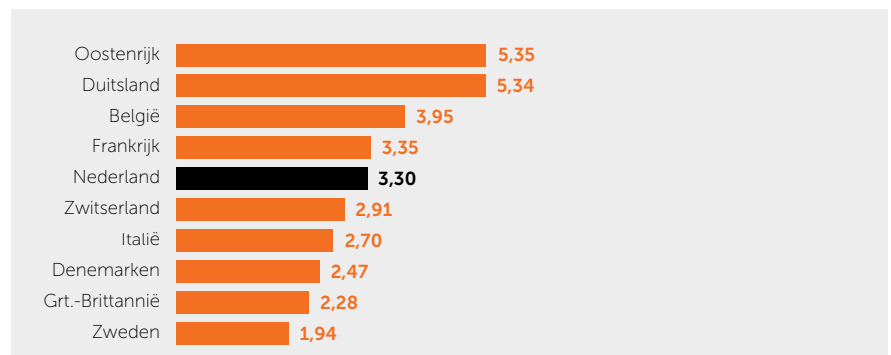
Ook het aantal artsen (medisch specialisten en huisartsen) is in Nederland laag in vergelijking met het buitenland. Dat geldt vooral voor medisch specialisten. In Oostenrijk, Duitsland en Spanje ligt het aantal medisch specialisten per inwoner ongeveer 40% hoger. In Frankrijk en België zijn verhoudingsgewijs veel meer huisartsen dan in Nederland.

*Figuur 2.7* | Aantal ziekenhuizen per miljoen inwoners (2013)



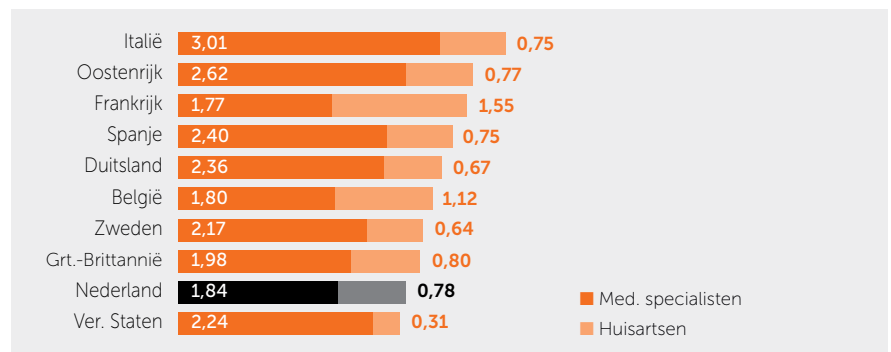
Bron: OECD Health Data

*Figuur 2.8* | Aantal ziekenhuisbedden per 1.000 inwoners (2013)



Bron: OECD Health Data; EJZ. De OECD rekent voor NL met administratieve bedden.

*Figuur 2.9* | Aantal medisch specialisten en huisartsen per 1.000 inwoners (2013)



Bron: OECD Health Data



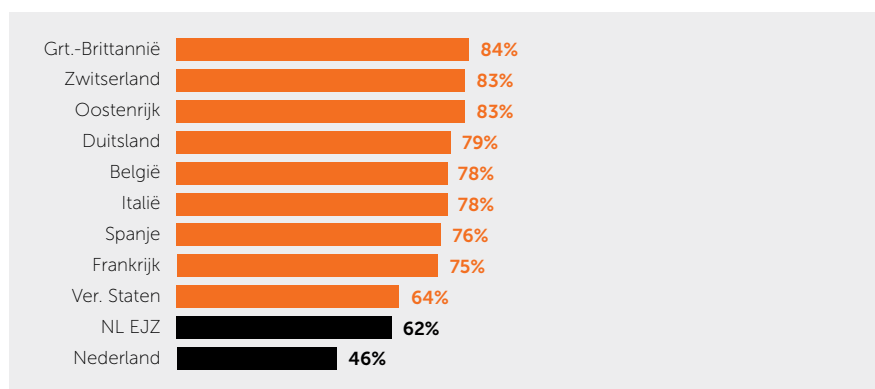
## 2.4.2 Gebruik van bedden in ziekenhuizen

De bedbezettingsgraad is zeer laag in Nederland. In Europa ligt die gemiddeld rond de 80%, en volgens de OECD zou de bezettingsgraad in Nederland 53% bedragen. Volgens de EJZ is de bezettingsgraad in Nederland 64%; nog steeds lager dan het Europese gemiddelde. Een deel van de verklaring is dat in Nederland veel patiënten in dagverpleging worden behandeld, deze patiënten bezetten geen bedden.

De gemiddelde verpleegduur van opgenomen patiënten in Nederlandse ziekenhuizen bedraagt volgens de OECD 6,4 dagen. Nederland scoort daarmee gemiddeld. De OECD rekent ook revalidatie instellingen en categorale ziekenhuizen mee en komt daarom voor Nederland tot een relatief lange verpleegduur ten opzichte van andere Europese landen.

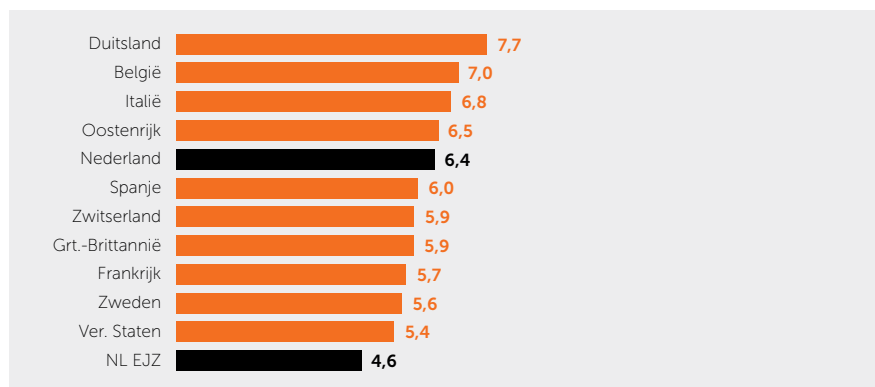
Volgens de gegevens in de EJZ bedraagt de gemiddelde verpleegduur in Nederland 5,2 dagen. Daarmee scoort Nederland laag. Dit hangt samen met het grote aantal eendaagse opnamen. In hoofdstuk 5 wordt daar verder op ingegaan.

Figuur 2.10 | Bezettingsgraad ziekenhuisbedden (2012)



Bron: OECD Health Data

Figuur 2.11 | Gemiddelde verpleegduur in dagen (2013)



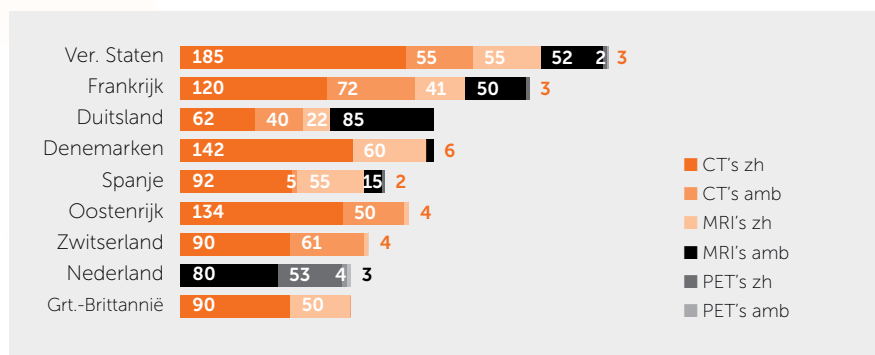
Bron: OECD Health Data; EJZ

### 2.4.3 Gebruik van technologie

Het aantal CT-scans in ziekenhuizen per 1.000 inwoners ligt met 80 relatief laag in Nederland. Alleen Duitsland scoort lager. Overigens vinden in Nederland vrijwel alle CT-scans plaats in ziekenhuizen. In Duitsland en Frankrijk wordt een substantieel deel van de CT-scans in ambulante setting gemaakt (Figuur 2.12). Wat betreft het aantal MRI-scans per 1.000 inwoners scoort Nederland laag tot gemiddeld. Ook hier geldt dat in Duitsland en Frankrijk een substantieel deel van de MRI's buiten ziekenhuizen plaatsvindt.

Het gebruik van PET-scans ontwikkelt zich snel in Europa. Wel loopt de groei per land sterk uiteen. Nederland scoort met 2,5 PET-scan per 1.000 inwoners gemiddeld. In Denemarken (6,3), Oostenrijk (3,9), Zwitserland (3,9) en Frankrijk (2,8) ligt de consumptie hiervan hoger. In Duitsland is het aantal PET-scans laag (0,4 per 1.000 inwoners), maar hier is het aantal ambulante scans onbekend.

Figuur 2.12 | Aantal CT-scans, MRI-scans en PET-scans in ziekenhuizen per 1.000 inwoners (2013)

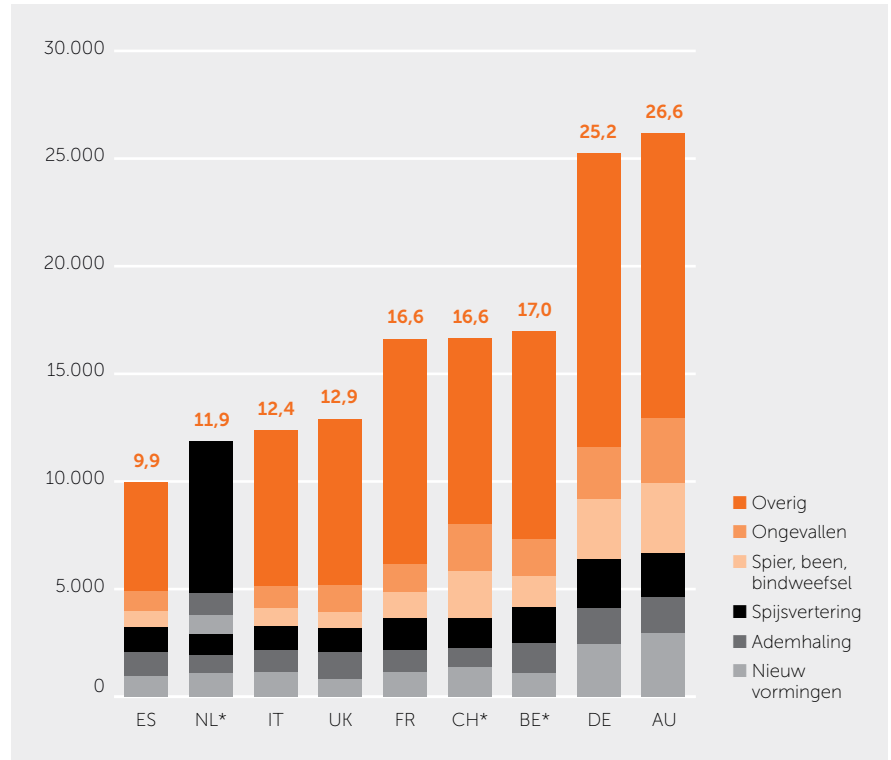


Bron: OECD Health Data

### 2.5 Klinische opnames

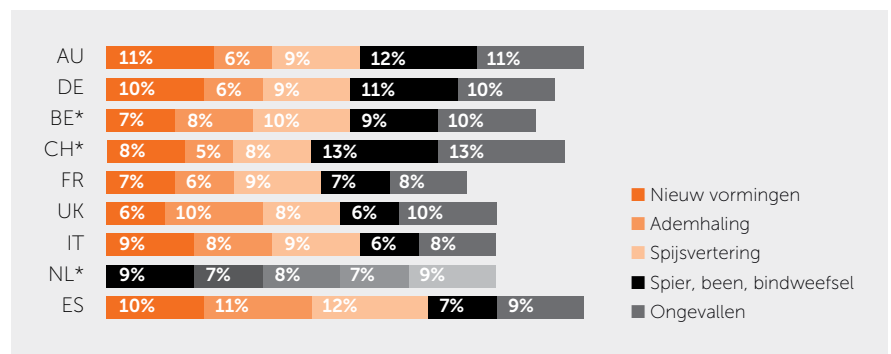
Nederland kent in vergelijking met andere Europese landen zeer weinig klinische opnames per inwoner. In Nederland worden minder dan 12 patiënten per 100 inwoners jaarlijks in een ziekenhuis opgenomen. In Europa ligt het gemiddelde rond de 17. In Duitsland en Oostenrijk zijn het er 25 respectievelijk 27 (Figuur 2.13). In Nederland worden veel patiënten in dagbehandeling of poliklinisch behandeld. Nederland neemt een middenpositie in wat betreft de verdeling van diagnoses bij opnames (Figuur 2.14).

Figuur 2.13 | Opnamen naar diagnosegroep per 100 inwoners (2013)



Bron: OECD Health Data; landen met \* hebben betrekking op 2012

Figuur 2.14 | Opnamen naar diagnosegroep aandeel (2013)



Bron: OECD Health Data; landen met \* hebben betrekking op 2012

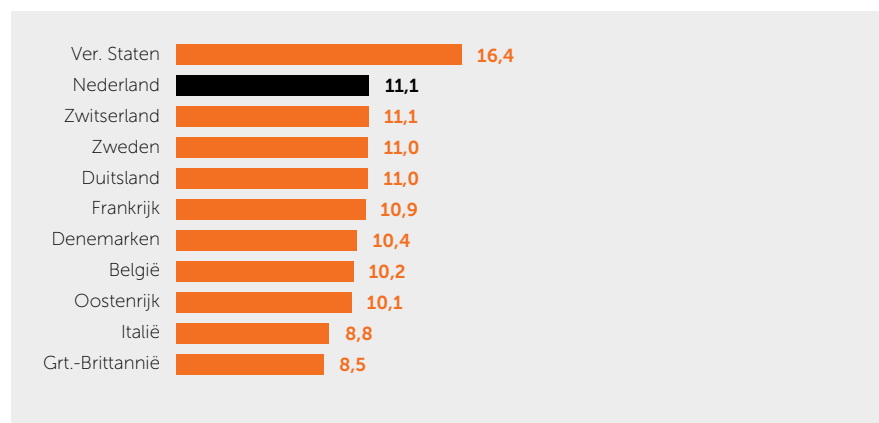
## 2.6 Betaalbaarheid gezondheidszorg en ziekenhuiszorg

De uitgaven aan gezondheidszorg als percentage van het Bruto Binnenlands Product (BBP) liggen in Nederland op een hoog niveau. Alleen in de Verenigde Staten is het percentage van het BBP dat aan zorg wordt besteed, hoger (16,4%). Nederland neemt een tweede plaats in met 11,1% van het BBP (Figuur 2.15). In Groot-Brittannië en Italië ligt dit percentage beneden de 9%. Frankrijk, Duitsland, Zweden en Zwitserland kennen een vergelijkbaar uitgavniveau als Nederland. De hoge uitgaven in Nederland zijn deels toe te schrijven aan de brede definitie

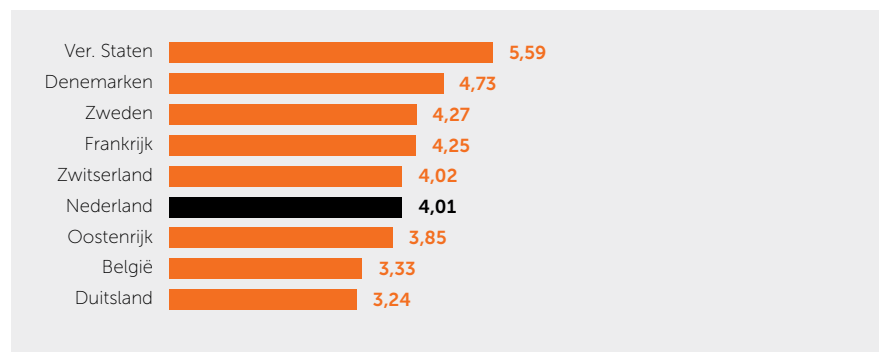
van zorg: delen van de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg worden in andere landen vaak niet geheel meegerekend (Figuur 2.17).

De uitgaven aan medisch-specialistische zorg zijn in Nederland gemiddeld (4,0% van het BBP). Denemarken geeft juist relatief veel geld uit aan medisch-specialistische zorg. In Duitsland en België zijn de kosten relatief laag (Figuur 2.16). In landen waar de zorg regionaal is georganiseerd (Zweden en Denemarken) zijn de uitgaven aan de overige gezondheidszorg relatief laag.

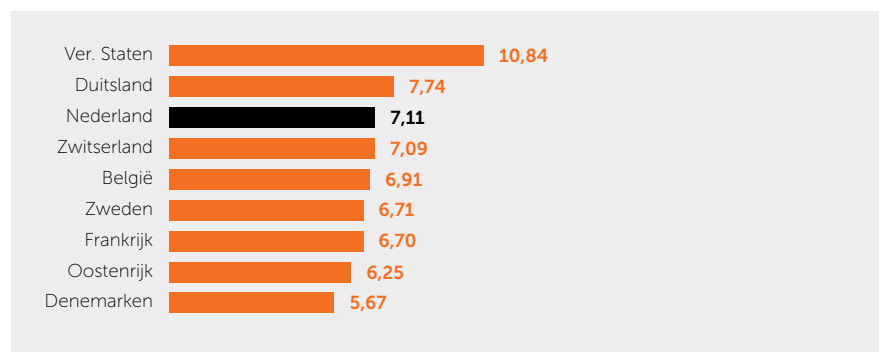
Figuur 2.15 | Uitgaven totale gezondheidszorg in BBP (%; 2013)



Figuur 2.16 | Aandeel uitgaven medisch-specialistische zorg in BBP (%; 2013)



Figuur 2.17 | Uitgaven overige gezondheidszorg in BBP (%; 2013)

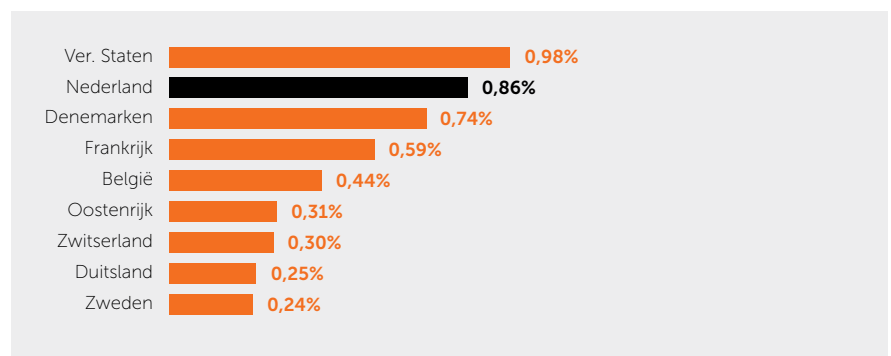


Bron: OECD Health Data

De medisch-specialistische zorg is als percentage van het BBP in de afgelopen negen jaar relatief sterk toegenomen in Nederland. Dit percentage steeg met 0,86%-punt tot 4,01%. In 2004 bedroeg het aandeel 3,15%. Alleen in de Verenigde Staten groeiden de uitgaven aan medisch-specialistische zorg sneller (Figuur 2.18).

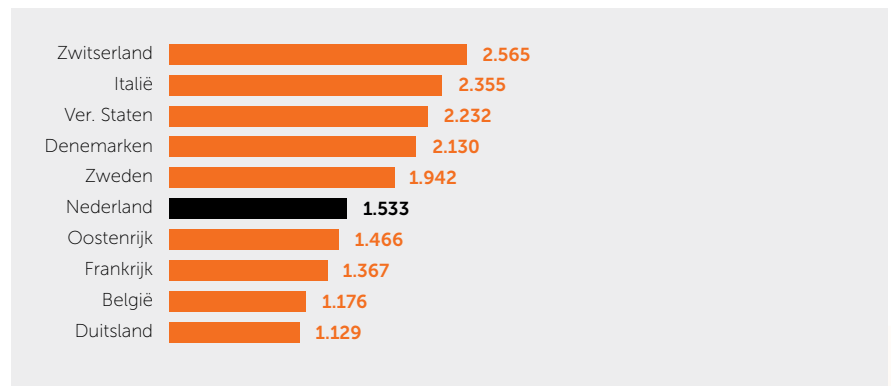
De uitgaven aan medisch-specialistische zorg in euro's per hoofd van de bevolking liggen in 2013 in Nederland op een gemiddeld niveau. In Italië, Verenigde Staten, Zwitserland, Denemarken en Zweden zijn de kosten hoger. In Oostenrijk, Frankrijk, België en Duitsland wordt per inwoner minder uitgegeven (Figuur 2.19).

Figuur 2.18 | Groei medisch-specialistische zorg aandeel BBP 2004–2013 (%-punt)



Bron: OECD Health Data

Figuur 2.19 | Uitgaven medisch-specialistische zorg in € per inwoner (2013)



Bron: OECD Health Data

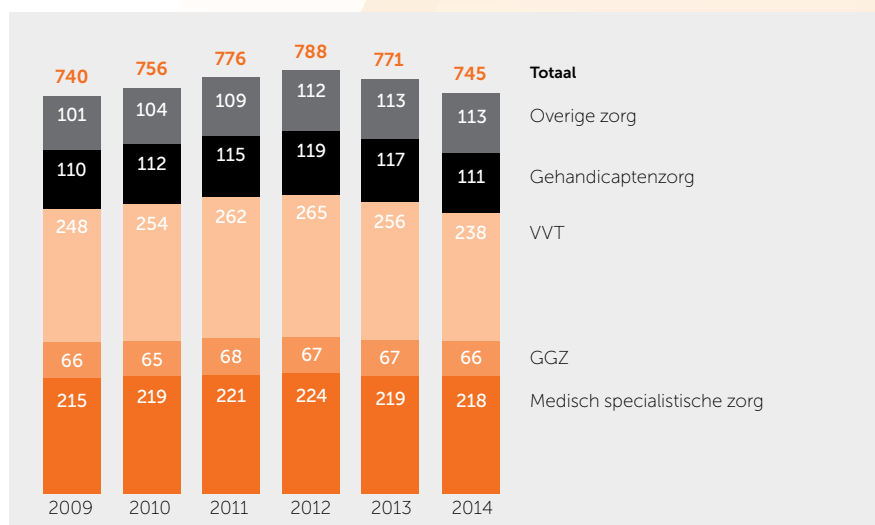
A photograph showing four healthcare professionals in white lab coats. One man is seated at a desk with multiple computer monitors, gesturing with his hand while talking to three others who are standing around him. The setting appears to be a modern clinical or office environment.

Vanaf 2013 was er voor het eerst een lichte daling van de werkgelegenheid in de zorgsector.

# 3 Werken in ziekenhuizen

De sector zorg & welzijn is een van de grootste economische sectoren in Nederland: 13% van het totale aantal voltijdbanen (fte) in 2013. Waar voor de gehele Nederlandse economie al eerder een daling van het aantal fte was te zien, is dat in de zorg ook vanaf 2013 zichtbaar. In dat jaar was er voor het eerst in dit decennium een lichte daling van de werkgelegenheid in de zorgsector, het totaal daalde in 2014 verder en bedroeg toen 745.000. Ongeveer 29% van de zorgmedewerkers is werkzaam in de medisch-specialistische zorg.

Figuur 3.1 | Voltijds equivalenten in de zorg (2009–2014; x 1.000)



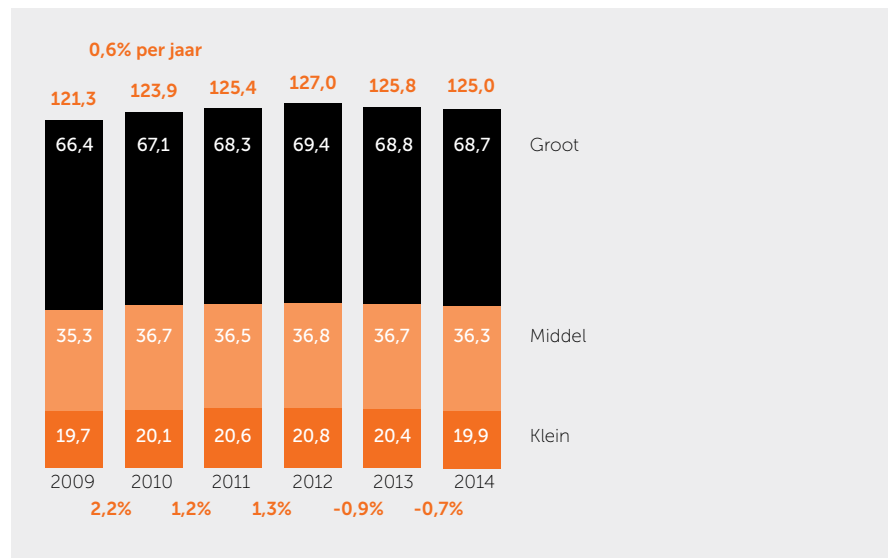
Bron: Onderzoeksprogramma AZW, CBS, PGGM, Revalidatie Nederland

## 3.1 Personeel in algemene ziekenhuizen

Over de gehele periode 2009–2014 bedraagt de stijging van het aantal (omgerekende) voltijdfuncties in de algemene ziekenhuizen gemiddeld 0,6% per jaar. De stijging komt geheel voor rekening van de periode tot 2012 met een gemiddeld groei van 1,6% per jaar. In 2012 was de werkgelegenheid gegroeid tot 127.000 fte. Sinds 2012 daalt de werkgelegenheid met gemiddeld 1.000 fte's ofwel 0,8% per jaar. (Figuur 3.2).<sup>39</sup>

<sup>39</sup> De gegevens in figuur 3.1 (bron AZW) wijken af van de gegevens in figuur 3.2 (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 2012 en 2013 voorlopige gegevens. De EJZ-gegevens 2014 zijn gebaseerd op 51 ziekenhuizen. De rest is bijgeschat.

Figuur 3.2 | Ontwikkeling personeel (fte; x 1.000) algemene ziekenhuizen, 2009–2014



Bron: EJZ; exclusief stagiaires en personeel niet in loondienst

In dit brancherapport worden ziekenhuizen onderverdeeld in klein, middelgroot en groot. Hierbij is uitgegaan van drie groepen van elk 27 ziekenhuizen. Sinds 2014 zijn er 13 fusies van ziekenhuizen geweest. De cijfers worden weergegeven voor de afzonderlijke ziekenhuizen vóór de fusie.

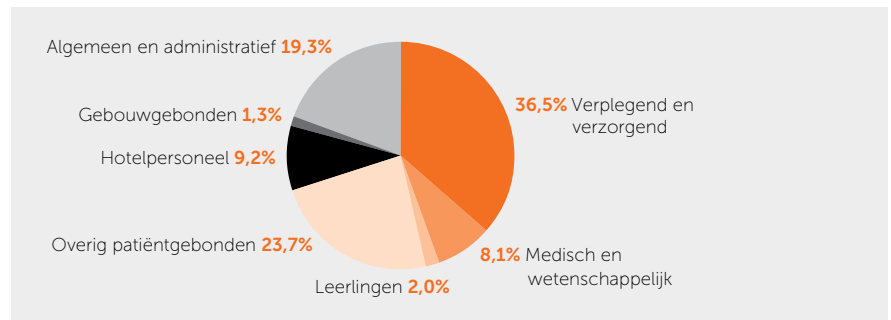
### 3.2 Personeel naar functie en functiegroep

De grootste personeelscategorie (36,5%) in de algemene ziekenhuizen wordt gevormd door het verpleegkundig en verzorgend personeel. In 2014 werken er ruim 45.000 (fte) verplegenden en verzorgenden in de algemene ziekenhuizen. Het overig patiëntgebonden personeel is de op één na grootste groep. Het aandeel personeel in medische en sociaal-wetenschappelijke functies bedraagt in 2014 8,1%. Bij deze personeelsgroep zijn wel de medisch specialisten die een dienstverband hebben met het ziekenhuis meegeteld, maar niet de vrijgevestigde medisch specialisten (Figuur 3.3).

In de verhouding tussen het patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden personeel is het zwaartepunt in de afgelopen vier jaar licht verschoven naar het patiëntgebonden personeel.



Figuur 3.3 | Verdeling personeel algemene ziekenhuizen (fte; 2014)

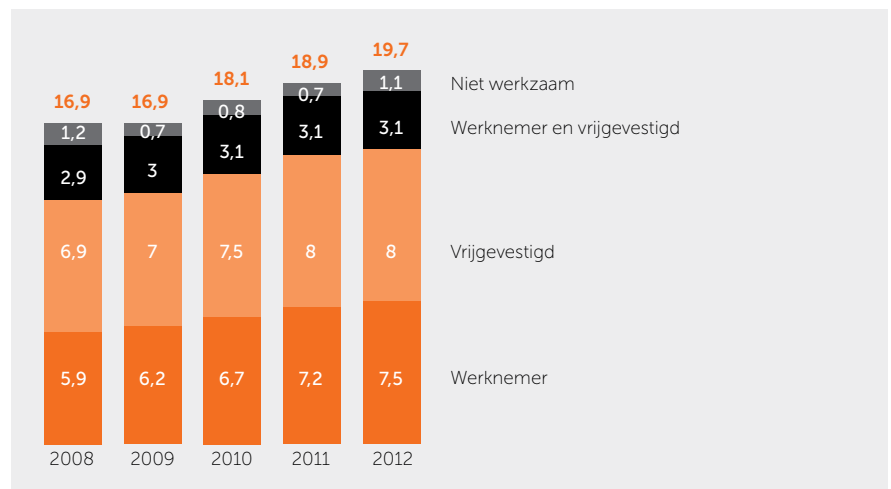


Bron: EJZ; exclusief stagiaires en personeel niet in loondienst

### 3.3 Medisch specialisten

Medisch specialisten kunnen een dienstverband hebben met een ziekenhuis of vrijgevestigd zijn. In de gegevens over personeelscategorieën naar functie zijn alleen de medisch specialisten die een dienstverband hebben met een ziekenhuis meegenomen. In deze paragraaf worden gegevens gepresenteerd over de totale groep medisch specialisten. Het totale aantal medisch specialisten in Nederland, zowel degenen met een dienstverband met een ziekenhuis als de vrijgevestigden, is in de periode 2008–2012 met 16% gestegen (Figuur 3.4). Deze stijging is het grootst bij de medisch specialisten met een dienstverband met een ziekenhuis. Het aandeel medisch specialisten met een dienstverband met een ziekenhuis was in 2012 iets lager dan het aandeel vrijgevestigde specialisten. Het aandeel medisch specialisten met een dienstverband met een ziekenhuis bedraagt 38%, en vrijgevestigd 41%. Daarnaast zijn er medisch specialisten die zowel een dienstverband met een ziekenhuis hebben als vrijgevestigd zijn (16%). 5% van de medisch specialisten is niet werkzaam. Het aandeel vrouwelijke medisch specialisten neemt toe. Waar dit in 2008 nog 31% was, bedraagt dit in 2012 37%.

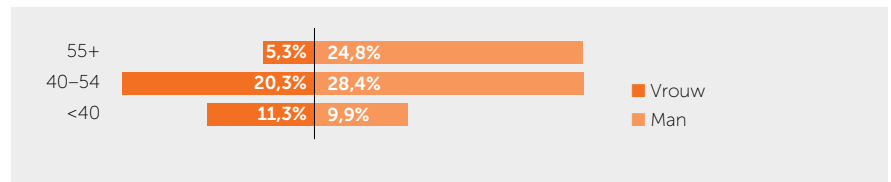
Figuur 3.4 | Medisch specialisten in Nederland (x 1.000)



Bron: CBS

In Figuur 3.5 is te zien dat de verdeling van de mannelijke en vrouwelijke medisch specialisten behoorlijk verschilt per leeftijdsgroep: bij de 55-plussers zijn de mannen fors oververtegenwoordigd, bij de jongste medisch specialisten (beneden 40 jaar) zijn de vrouwen nipt in de meerderheid. In de komende jaren is een verdere feminisering van het beroep te verwachten: de ouderen die uitstromen zijn vooral mannen, terwijl bij de jongere generatie (onder de 40) de vrouwen in de meerderheid zijn.

*Figuur 3.5 | Medisch specialisten naar leeftijd en geslacht (2012)*

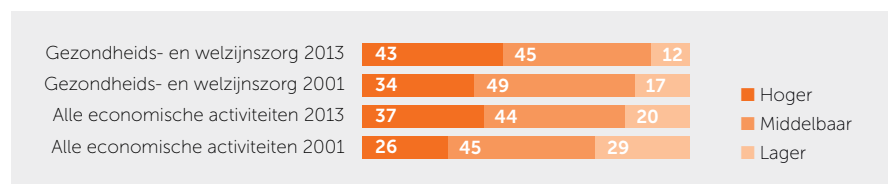


Bron: CBS

### 3.4 Opleidingen

Het gemiddelde opleidingsniveau van werknemers in de sector zorg & welzijn ligt hoger dan dat van de gemiddelde Nederlandse werknemer (Figuur 3.6). Het aandeel werknemers met een hogere opleiding (universitair of HBO) binnen de sector zorg & welzijn is 43% en de werknemers met een middelbare opleiding (MBO2, 3 of 4) 45%. In de gehele economie is dat respectievelijk 37% en 44%. Tussen 2001 en 2013 bleven de verschillen in opleidingsniveau tussen de sector zorg & welzijn en de gehele economie grotendeels in stand. Het aandeel werknemers met een hogere opleiding groeide in de sector zorg & welzijn van 34% naar 43%, terwijl dat voor de gehele economie groeide van 26% naar 37%.

*Figuur 3.6 | Opleidingsniveau in sector zorg & welzijn en de gehele economie, 2001 en 2013 (%)*



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

### 3.5 Personele kenmerken

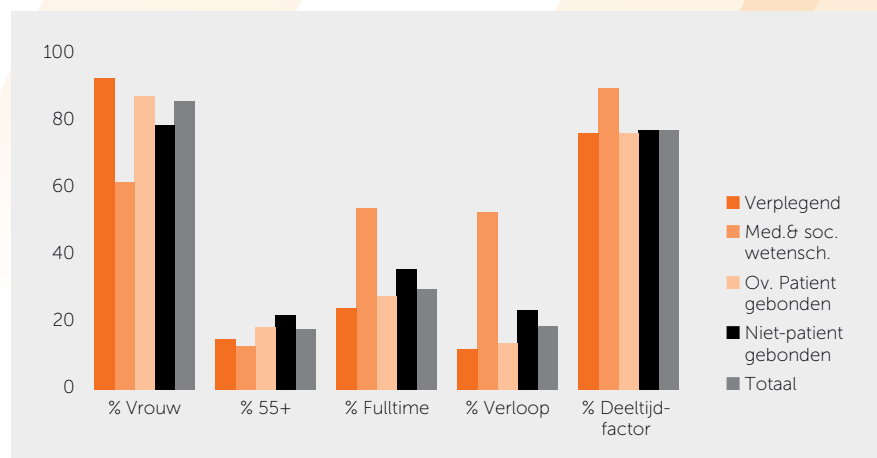
Er is een aantal verschillen tussen de diverse personeelscategorieën. Zo zijn er meer vrouwen onder het verpleegkundig personeel en meer mannen hebben een medisch- of sociaal-wetenschappelijke functie.

Bij het niet-patiëntgebonden personeel komen verhoudingsgewijs veel 55-plussers voor. De gemiddelde leeftijd ligt met 45,7 in deze categorie ook het hoogst. Medisch- en sociaal-wetenschappelijk personeel is relatief jong. Onder medisch en sociaal-wetenschappelijk personeel vallen ook veel AIO's (arts-assistenten in opleiding), waardoor het verloop hoog is. Verpleegkundig personeel is het meest honkvast: het verlooppercentage is laag; gemiddeld

is het verpleegkundig personeel ruim 13 jaar bij dezelfde werkgever in dienst (anciënniteit in Figuur 3.8).

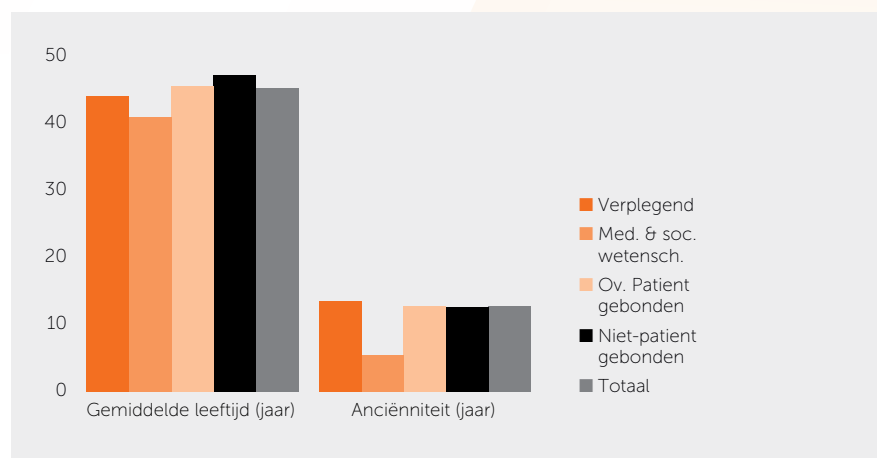
Het percentage fulltimers is onder medisch- en sociaal-wetenschappelijk personeel hoog; gevolgd door de categorie niet-patiëntgebonden personeel. Maar in deze categorie zijn ook veel werknemers met kleine contracten, verhoudingsgewijs ongeveer evenveel als onder het verpleegkundig en overig patiëntgebonden personeel.

Figuur 3.7 | Een aantal kenmerken van personeelscategorieën



Bron: LKG

Figuur 3.8 | Een aantal kenmerken van personeelscategorieën



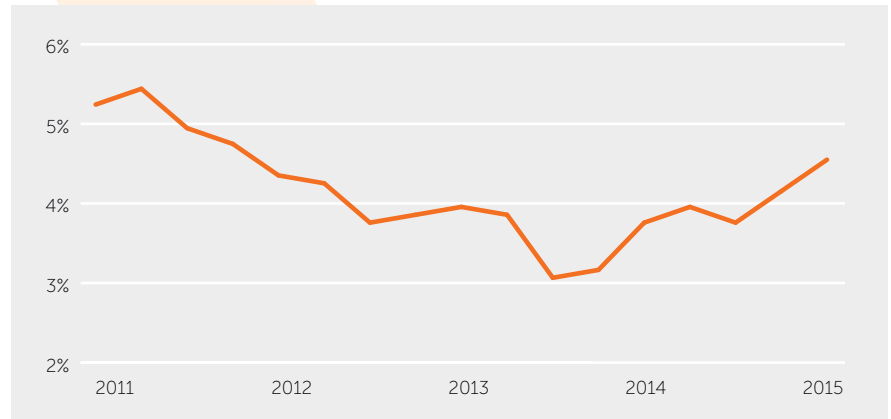
Bron: LKG

### 3.5.1 Vacatures

Voor een goed functionerende arbeidsmarkt zijn volgens arbeidsmarktdeskundigen ten minste 2% openstaande vacatures noodzakelijk. Dit is nodig om vraag en aanbod van personeel goed op elkaar aan te laten sluiten. Het vergt immers tijd om een vacature met de juiste persoon te kunnen vervullen. Bij groeiende organisaties zal het percentage hoger liggen dan 2%.

Figuur 3.9 laat zien dat het percentage openstaande vacatures in ziekenhuizen van 5% in de eerste helft van 2011 afnam tot 3% in de tweede helft van 2013. In 2014 groeide het weer tot bijna 4% en begin 2015 naar 4,6%. Dit komt overeen met het gemiddelde niveau over de afgelopen vijf jaar.

Figuur 3.9 | Openstaande vacatures in ziekenhuizen (% per kwartaal)



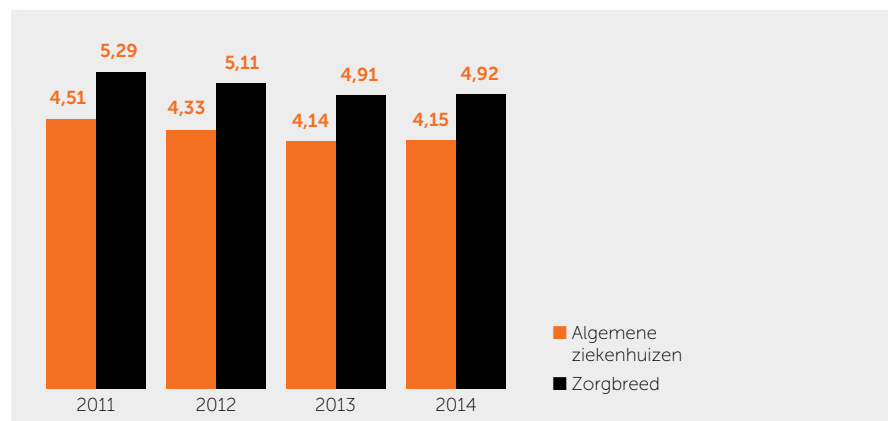
Bron: CBS, 1<sup>e</sup> kwartaal 2011 – 1<sup>e</sup> kwartaal 2015

### 3.5.2 Ziekteverzuim

Tussen 2011 en 2013 daalde het ziekteverzuimpercentage (exclusief zwangerschapsverlof) bij ziekenhuizen langzaam maar zeker: van 4,51% naar 4,14% (zie Figuur 3.10). In 2014 stijgt het verzuim heel licht naar 4,15%. Dat is lager dan het gemiddelde in zorginstellingen: 4,92%.

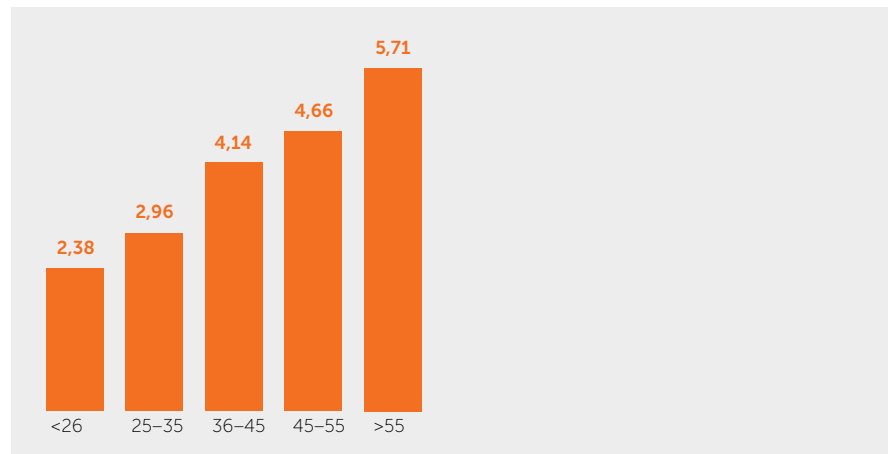
Het verzuimpercentage ligt bij ouderen hoger dan bij jongeren (Figuur 3.11). Naarmate medewerkers ouder worden melden zij zich minder vaak ziek, maar als ze zich ziek melden is de gemiddelde duur van het verzuim langer.

Figuur 3.10 | Verzuimpercentage ziekenhuizen 2011–2014



Bron: Vernet

Figuur 3.11 | Verzuimpercentage 2014 naar leeftijd

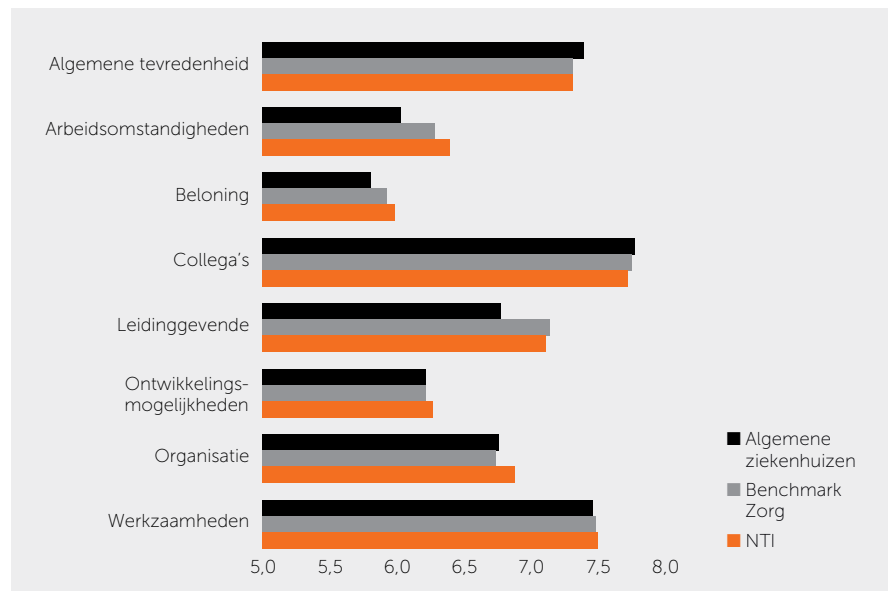


Bron: Vernet

### 3.5.3 Werkbeleving

Jaarlijks voert Effectory in opdracht van Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen (StAZ) een onderzoek uit naar de werkbeleving van medewerkers binnen de branche ziekenhuizen. Hierin worden thema's als betrokkenheid, bevoegenheid, leiderschap, rolduidelijkheid en veranderingsbereidheid uitgelicht. Tevens wordt de werkbeleving op onderwerpen als algemene tevredenheid, arbeidsomstandigheden, beloning, collega's en werkzaamheden gemeten (zie Figuur 3.12).

Figuur 3.12 | Tevredenheid in ziekenhuizen tegenover Benchmark en NTI (2014)



Bron: Effectory

### Betrokken- en bevlogenheid

Medewerkers die betrokken en bevlogen zijn hebben hart voor hun werk en de organisatie. Zij zetten zich in om zichzelf en de organisatie continu te verbeteren. In 2015 scoort de betrokkenheid binnen ziekenhuizen een 7,1 op een schaal van 1 tot 10. Daarmee ligt het gemiddelde lager ten opzichte van andere zorgsectoren, de Benchmark Zorg (7,5) en de Nationale Tevredenheidsindex (NTI), het gemiddelde van Nederland (7,4), maar hoger dan vorig jaar (6,9). Ook de bevlogenheid binnen ziekenhuizen scoort met een 7,4 hoger dan vorig jaar (7,3), lager dan de Benchmark Zorg (7,6) en is gelijk aan het gemiddelde van Nederland (7,4). Ondanks dat de ziekenhuizen dus nog onder het gemiddelde van de zorgsector blijven, is er wel een positieve trend te zien.

### Algemene onderwerpen

Over de meeste onderwerpen was de afgelopen jaren een positieve trend waar te nemen die in 2015 doorbroken wordt. Met name op het gebied van arbeidsomstandigheden, collega's, leidinggevenden en de organisatie wordt een daling waargenomen. Op deze onderwerpen scoren ziekenhuizen in 2015 ook lager dan de Benchmark Zorg en het gemiddelde van Nederland. Ook de algemene tevredenheid daalt van een 7,4 (2014) naar een 7,3 (2015) en komt daarmee gelijk aan de Benchmark Zorg en het gemiddelde van Nederland.

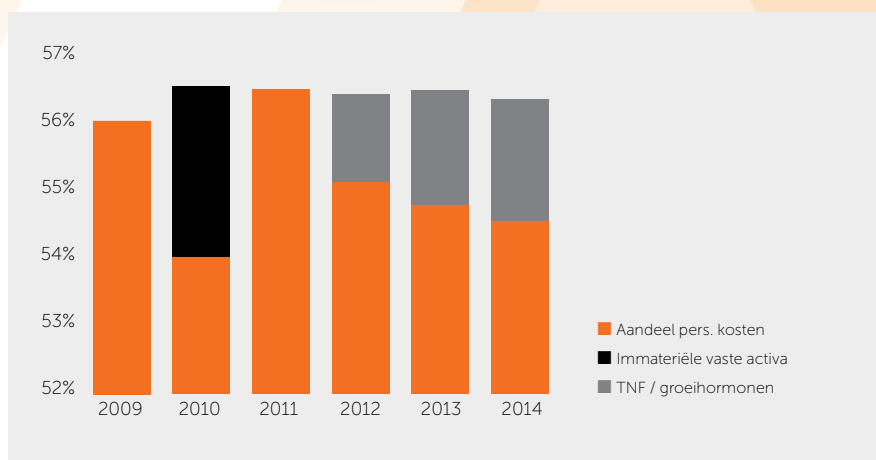
### Ontwikkeling

Nieuwe thema's die hoog op de agenda van de branche ziekenhuizen staan zijn duurzame inzetbaarheid en sociale veiligheid. De resultaten op deze thema's worden momenteel gemeten en zullen de branche in 2016 meer inzicht geven.

## 3.6 Personeelskosten

Het aandeel personeelskosten in de totale kosten van de algemene ziekenhuizen daalt sinds 2011 van ruim 56,5% naar 54,5% in 2013. Als gevolg van de overheveling van de dure geneesmiddelen zijn zowel de totale uitgaven als de materiële kosten toegenomen. Hierdoor is het aandeel loonkosten lager. Als voor de overheveling van de geneesmiddelen wordt gecorrigeerd, blijft het aandeel loonkosten vrijwel gelijk.

Figuur 3.13 | Aandeel personeelskosten in totaal kosten ziekenhuizen (%);  
algemene ziekenhuizen, 2008–2013



Bron: EJZ, analyse Kiwa Carity



Productie moeilijk te meten:  
daling volumes, verzwarend  
productmix?



# 4 Productie in ziekenhuizen

Dit hoofdstuk staat de productie van ziekenhuizen centraal. Het meten van de ontwikkeling van het productievolume is over de afgelopen periode niet goed mogelijk. Dit heeft niet één oorzaak; vele veranderingen in de afgelopen drie jaar leidden ertoe dat ziekenhuizen de productie in de traditionele parameters opnamen, dagopnamen, eerste polikliniekbezoeken en verpleegdagen niet meer registreren op de wijze zoals dit vóór 2012 gebeurde:

- In 2012 heeft een verandering plaatsgevonden van de definitie van de opname. Sindsdien is het aantal eendaagse opnamen met 60% gedaald.
- In 2014 is een zelfonderzoek gestart.<sup>40</sup> Dit heeft geleid dat veel (dag-) opnamen niet langer als zodanig werden geregistreerd.
- In 2014 is de Landelijke Medische Registratie (LMR) vervangen door de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuizen (LBZ). Veel parameters worden sindsdien afgeleid uit de DBC-registratie en de verrichtingenregistratie die hieraan ten grondslag ligt. Mede als gevolg hiervan is het aantal dagopnamen sterk verminderd.
- De registratie van de eerste polikliniekbezoeken is sinds 2014 afgeleid uit de verrichtingen in de LBZ. Vanwege een verandering in de definitie wordt voor chronische patiënten niet langer na twaalf maanden een nieuw eerste polikliniekbezoek geregistreerd.
- De bekostiging van ziekenhuizen is in de achterliggende periode overgegaan van Functiegerichte Budgettering (FB) naar Prestatiebekostiging. Hierdoor is het vastleggen van de traditionele FB-parameters minder noodzakelijk. In de DBC-systematiek wordt het onderscheid ambulante – klinisch gemaakt. Dit vervangt het onderscheid polikliniek – dagopname.

## Eerste Polikliniekbezoek

In 2014 is de definitie van het eerste polikliniekbezoek veranderd. Voor chronische patiënten kon voorheen na twaalf maanden een nieuw eerste polikliniekbezoek worden geregistreerd. In de nieuwe verrichtingencode (190060) is dat niet langer het geval. Vandaar dat het aantal eerste polikliniekbezoeken in 2014 niet vergeleken kan worden met dat uit 2013.

<sup>40</sup> In 2014 hebben ziekenhuizen op eigen initiatief een omvangrijk onderzoek gedaan naar ingediende declaraties over de jaren 2013 en 2012. Ziekenhuizen bekeken de ingediende declaraties opnieuw, maar nu met verduidelijkte regelgeving achteraf. De ingewikkelde declaratieregels in combinatie met de voortdurende veranderingen in het bekostigingssysteem leidden hiertoe.

### Dagbehandeling

Ook bij dagbehandelingen zijn wijzigingen in de registratie en de financierings-systeematiek de oorzaak van een trendbreuk. Er bestaan geen dagbehandelingen 'zonder bed' meer. De definitie van een dagbehandeling is nu als volgt: deze vindt plaats op een verpleegafdeling en duurt langer dan twee uur.

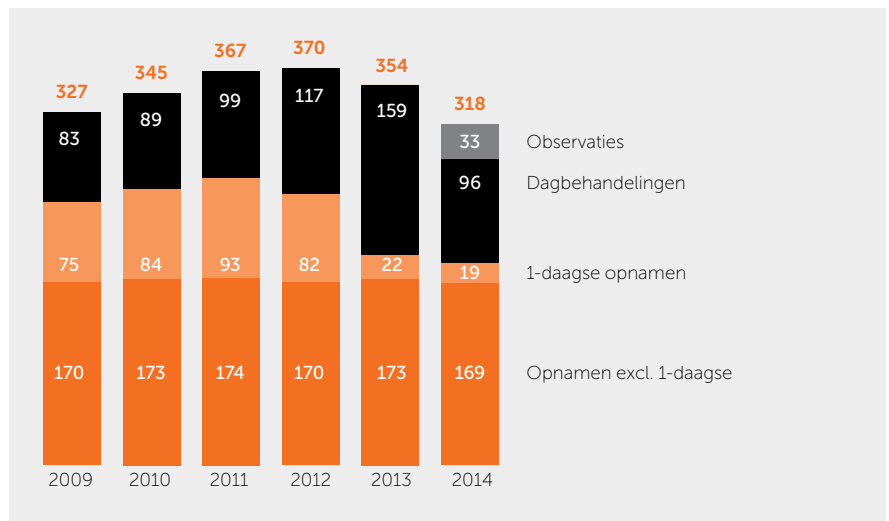
De dagbehandeling is met deze wijziging geen betrouwbare maatstaf meer voor het productievolume.

Innovatie van behandelmethoden speelt tevens een rol bij de daling van het aantal dagbehandelingen. Een aantal operatieve ingrepen wordt in steeds kortere tijd uitgevoerd als gevolg van technologische veranderingen. Zo zijn er ziekenhuizen die inmiddels ruim 90% van de cataractoperaties (staar) poliklinisch uitvoeren (en registreren). Dit verklaart waarom de dagbehandelingen bij oogheelkunde teruglopen. Dit duidt echter niet op een daling in volume, maar op een verhoging van efficiency.

### Klinische opname

Eén van de wijzigingen in de regelgeving heeft betrekking op de registratie van de eendaagse opname. Een eendaagse opname valt onder de klinische opnamen. Een eendaagse opname mag sinds 2012 uitsluitend worden geregistreerd bij patiënten die na 20.00 uur worden opgenomen en de dag erna worden ontslagen uit het ziekenhuis, en bij patiënten die op de dag van opname overlijden in het ziekenhuis. In het verleden werden veel patiënten met een complexe zorgvraag via de spoedeisende hulp als eendaagse opname geregistreerd. Het aantal eendaagse opnamen in de algemene en academische ziekenhuizen is tussen 2011 en 2014 met ruim 60% gedaald van 376.000 naar 130.000.

Figuur 4.1 | Ontwikkeling klinische opnamen, eendaagse opnamen, dagbehandelingen en observaties cardiologie 2009–2014 (x 1.000)



Bron: LMR, Analyse Kiwa Carity

### Casus cardiologie

Ook bij het specialisme cardiologie is het aantal eendaagse opnamen sterk gedaald door gewijzigde registratieregels en is het aantal dagbehandelingen in 2013 juist sterk toe-genomen. Dat heeft te maken met specifieke regelgeving voor patiënten die via de spoedeisende eerste hulp met bijvoorbeeld een hartritmestoornis binnenkomen en die vervolgens ter observatie enkele uren worden opgenomen. Deze patiënten werden vóór 2012 als klinische opname geregistreerd, maar zijn in 2012 en 2013 als dagbehandeling geregistreerd. In 2014 is een nieuwe zorgactiviteit geïntroduceerd: de langdurige observatie zonder overnachting. Hierdoor is de uitzonderingsbepaling voor dagbehandeling voor acute cardiologische observatie komen te vervallen. Dit is ten koste gegaan van het aantal dagbehandelingen (Figuur 4.1).

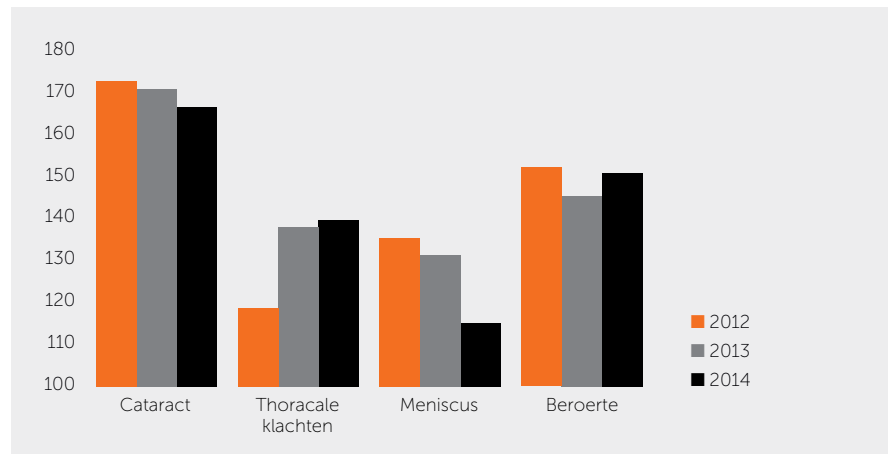
### 4.1 Productievolume en omzet DBC-groepen

Een alternatieve manier om de ziekenhuisproductie te meten is om te kijken naar de ontwikkeling van het aantal DBC's en de omzet per diagnose. In deze paragraaf wordt het aantal DBC's per diagnose en de omzet in beeld gebracht van vier diagnosecategorïeën met een grote omzet. De gegevens zijn afkomstig van de NZa (Open DIS-data). De NZa geeft aan dat de volledigheid voor de jaren 2012 en 2013 op 90% wordt geschat en die van 2014 op 65%. De NZa geeft geen volledigheidpercentages per diagnosegroep.

In de diverse figuren in deze paragraaf zijn de aantallen en de omzet gecorrigeerd voor onvolledigheid. De aantallen in de verschillende figuren zullen daarom verschillen van de werkelijke aantallen.

In Figuur 4.2 is de omzet weergegeven van de DBC's van een viertal diagnoses. Bij de cataracten daalt de omzet van € 170 miljoen in 2012 naar € 164 miljoen in 2014. Ook de omzet bij de diagnose meniscus daalt (van € 134 miljoen naar € 115 miljoen). De omzet bij thoracale klachten stijgt juist fors met 17% in twee jaar (van € 118 miljoen naar € 138 miljoen). De omzet bij beroerten is tussen 2012 en 2014 vrijwel gelijk gebleven.

Figuur 4.2 | Omzet DBC diagnoses (2012–2014; x € miljoen)

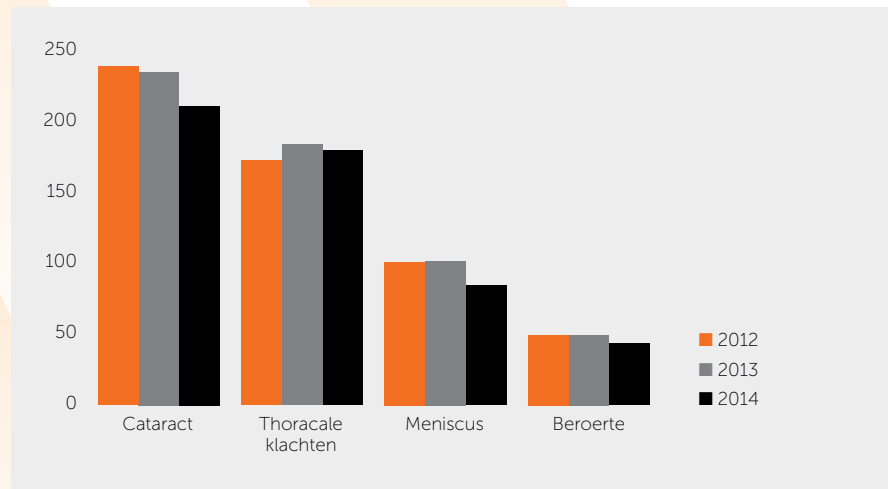


Bron: Open DIS-data, NZa; Analyse Kiwa Carity

In Figuur 4.3 zijn de aantallen DBC-zorgproducten weergegeven van deze diagnoses. Bij de cataracten dalen de aantallen van 244.000 in 2012 naar 216.000 in 2014. Vooral in 2014 is deze daling zichtbaar.

Ook bij de andere diagnoses treedt er vooral in 2014 een daling op. In 2013 stijgt het aantal DBC's bij thoracale klachten en blijven de aantallen bij meniscus en beroerte gelijk aan 2012. Dit kan samenhangen met de door de NZa ingeschatte volledigheid van de DIS in 2014.

Figuur 4.3 | Aantal DBC zorgproducten naar diagnoses (2012–2014; x 1.000)



Bron: Open DIS-data, NZa; Analyse Kiwa Carity

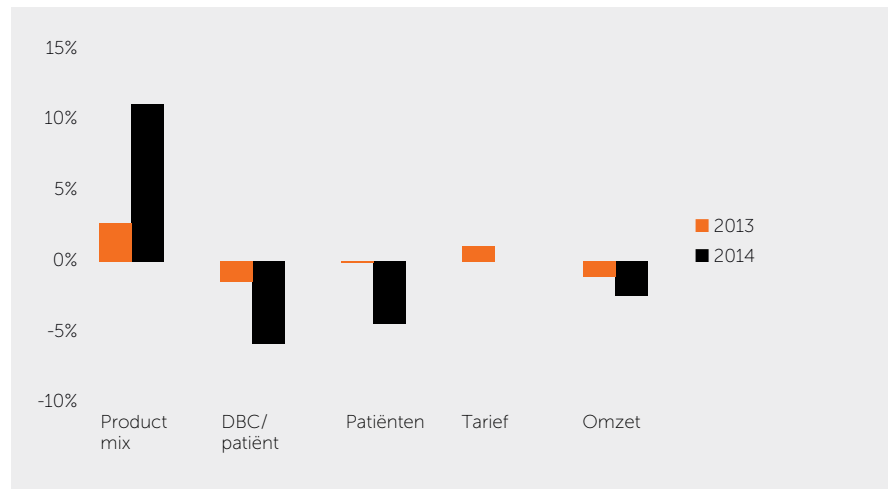
In de onderstaande figuren is de mutatie van de omzet per diagnosegroep gesplitst in een volume- en een prijscomponent. De volumecomponent is verder gesplitst in de mutatie van het aantal unieke patiënten, het aantal zorgproducten per patiënt en de productmix.

### Productmix

De productmix is berekend als het effect van de relatieve verschuiving naar goedkopere of duurdere DBC's binnen de diagnosegroep. Een positieve mutatie van de productmix betekent dat er een verschuiving plaatsvindt naar duurdere DBC's.

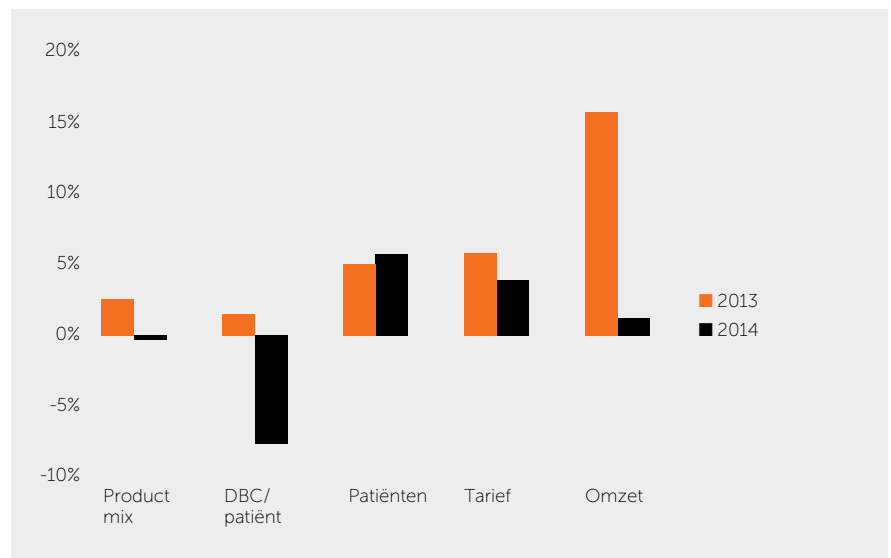
Bij de cataracten neemt de productmix in 2013 en 2014 gemiddeld met 7% toe. Daar staat tegenover een afname van het aantal zorgproducten per unieke patiënt (-3,7%) en een daling van het aantal patiënten (-2,3%). Het tarief is in 2013 met 1% gestegen en in 2014 gelijk gebleven. Bij de thoracale klachten neemt zowel de productmix (1,2%), het aantal patiënten (5,4%) als het tarief (4,8%) toe. Alleen het aantal zorgproducten per unieke patiënt neemt gemiddeld af (3,1%). Bij de meniscusoperaties neemt de productmix toe, maar zowel het aantal unieke patiënten, het aantal zorgproducten als het tarief dalen. Opvallend is dat de productmix bij alle diagnosegroepen is toegenomen. De toename van de productmix wijst erop dat lichtere patiënten minder vaak in het ziekenhuis worden behandeld, bijvoorbeeld omdat deze patiënten vaker in de eerste lijn worden behandeld.

Figuur 4.4 | Mutatie omzet cataractoperaties (2013 en 2014; %)



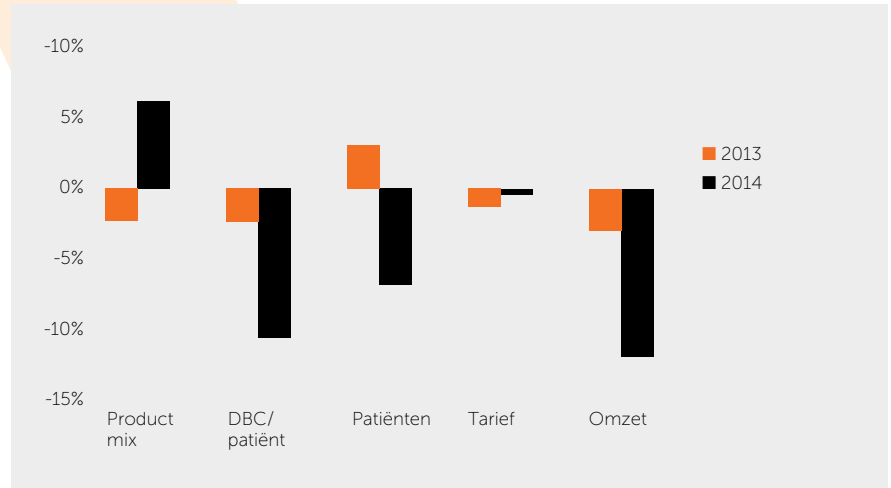
Bron: Open DIS-data, NZa; Analyse Kiwa Carity

Figuur 4.5 | Mutatie omzet thoracale klachten eci (2013 en 2014; %)



Bron: Open DIS-data, NZa; Analyse Kiwa Carity

Figuur 4.6 | Mutatie omzet meniscusoperaties 2013 en 2014 (%)

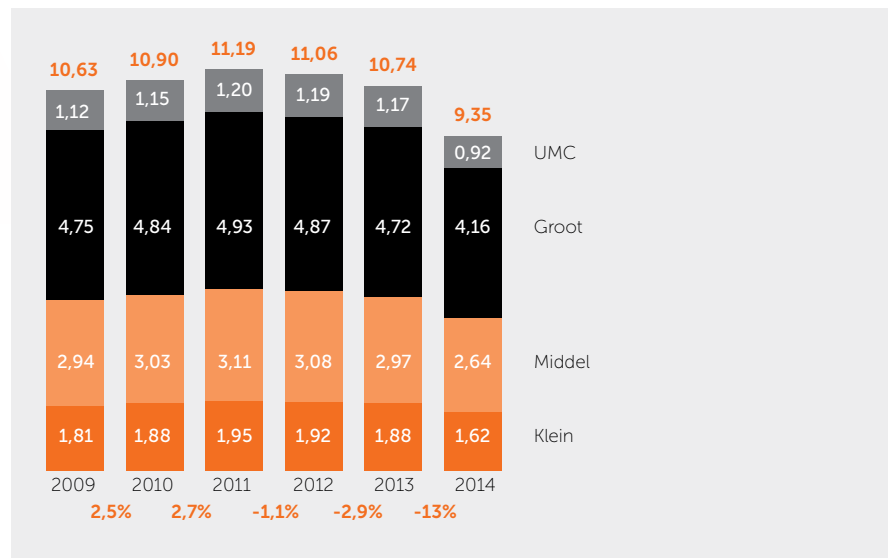


Bron: Open DIS-data, NZa; Analyse Kiwa Carity

#### 4.2 Eerste polikliniekbezoeken

Het aantal eerste polikliniekbezoeken (EPB's) in algemene ziekenhuizen bedraagt in 2014 op basis van de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuizen (LBZ) 8,43 miljoen. In de umc's ligt het aantal op 920.000. In 2014 is de definitie van het eerste polikliniekbezoek veranderd. Voor chronische patiënten kon voorheen na twaalf maanden een nieuw eerste polikliniekbezoek worden geregistreerd. In de nieuwe verrichtingencode (190060) is dat niet langer het geval. Vandaar dat het aantal eerste polikliniekbezoeken in 2014 circa 13% lager uitvalt dan in 2013.

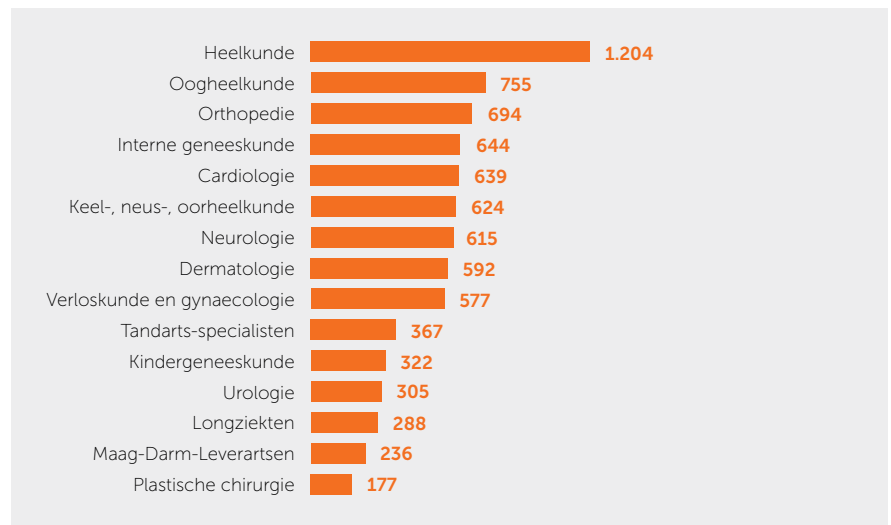
Figuur 4.7 | Ontwikkeling eerste polikliniekbezoeken (x miljoen); algemene en academische ziekenhuizen



Bron: Analyse Kiwa Carity, LAZR en LBZ(2014)

Het specialisme heekunde kent de meeste eerste polikliniekbezoeken, gevolgd door oogheekunde. De sterkste daling vanwege het wegvallen van de chronische patiënten in de registratie in 2014 is bij het specialisme reumatologie (-38%), gevolgd door longgeneeskunde, interne geneeskunde, cardiologie en urologie. Al deze specialismen kennen veel chronische patiënten en hebben als gevolg van het wegvallen van de eerste polikliniekbezoeken hierdoor te maken met een administratieve productiedaling van 20%–22%.

*Figuur 4.8* | Aantal eerste polikliniekbezoeken (x 1.000; 2014); algemene ziekenhuizen

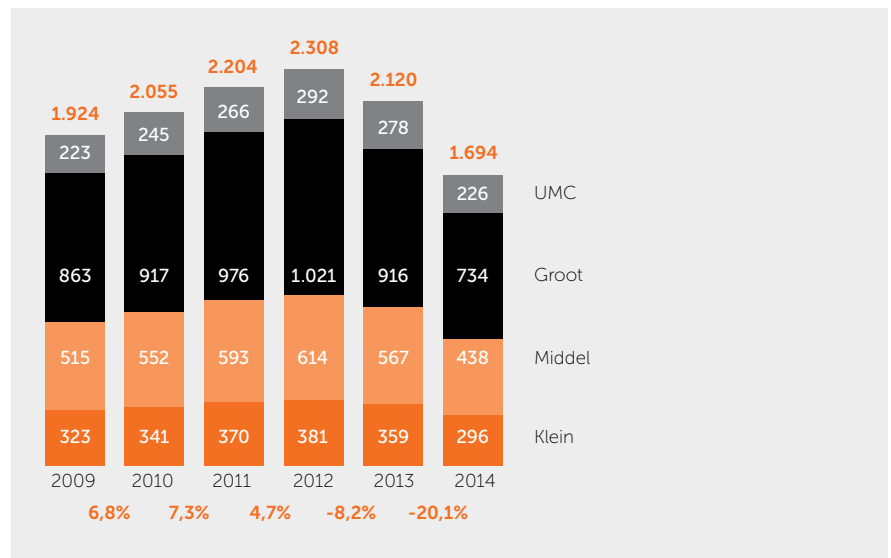


Bron: Analyse Kiwa Carity, LBZ

#### 4.3 Dagbehandelingen

Wijzigingen in registratieregels en financieringssysteem hebben ook bij de dagbehandelingen voor een trendbreuk gezorgd. Een dagbehandeling moet plaatsvinden op een verpleegafdeling en langer duren dan twee uur. Omdat de dagbehandeling niet langer een rol speelt in de bekostiging, en omdat de registratie in de LBZ afgeleid wordt uit de DBC-registratie, zien we een sterke terugval van het aantal dagbehandelingen.

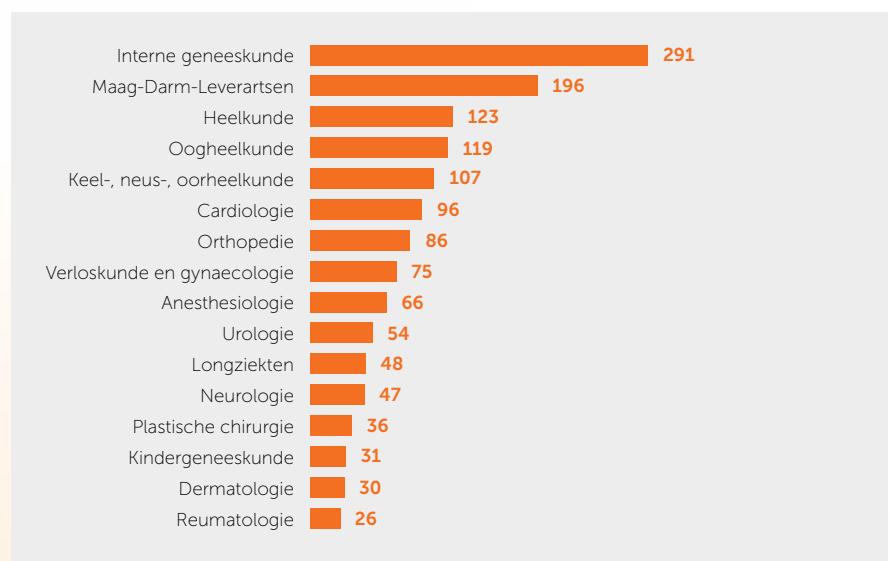
**Figuur 4.9 | Ontwikkeling dagbehandelingen (x 1.000); algemene en academische ziekenhuizen**



Bron: Analyse Kiwa Carity, LMR en LBZ(2014)

Bij het specialisme dermatologie is het aantal dagopnamen in twee jaar tijd met bijna 60% gedaald. Ook bij de specialismen pijnbestrijding (52%), geriatrie (46%), verloskunde (40%) en oogheelkunde (39%) zien we sterke dalingen in de geregistreerde productie.

**Figuur 4.10 | Aantal dagbehandelingen (x 1.000; 2014); algemene ziekenhuizen**



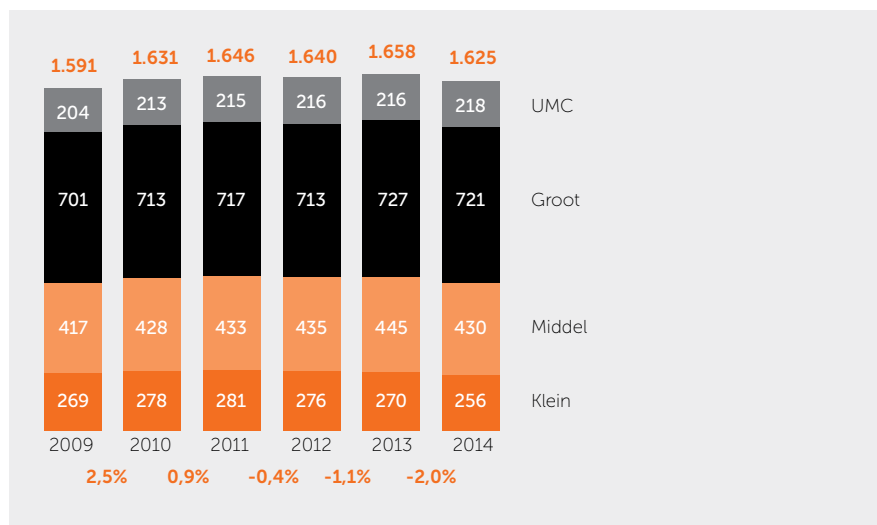
Bron: Analyse Kiwa Carity, LBZ(2014)



#### 4.4 Klinische opnamen (exclusief eendaagse opnamen)

Om de ontwikkeling van de klinische productie beter weer te geven, zijn de klinische opnamen geschoond voor eendaagse opnamen. Het aantal eendaagse opnamen is tot 2011 relatief sterk toegenomen en in 2012 en vooral in 2013 sterk gedaald. In 2014 is het aantal eendaagse opnamen gestabiliseerd.

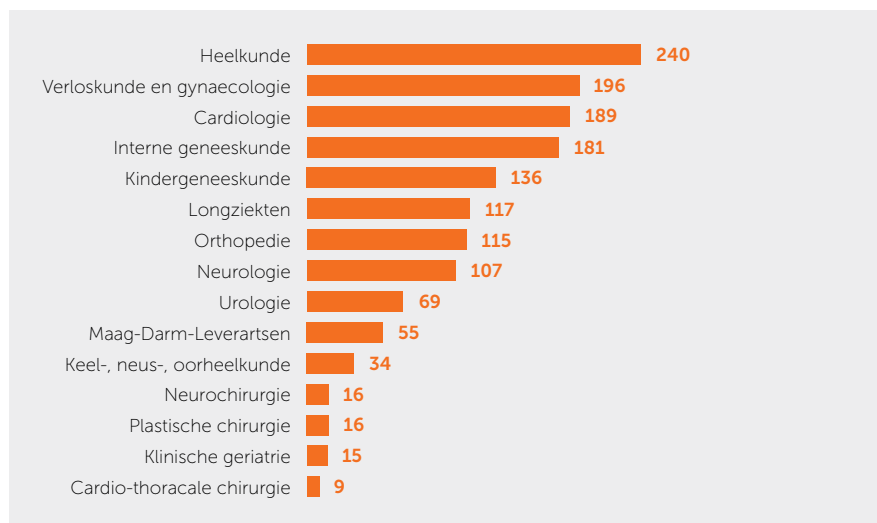
Figuur 4.11 | Ontwikkeling opnamen excl. eendaagse opnamen (x 1.000)



Bron: Analyse Kiwa Carity, LMR, LBZ

In de afgelopen vier jaar is het aantal opnamen (gecorrigeerd voor de eendaagse opnamen) niet gegroeid. In 2014 daalt het aantal opnamen met 2%. Bij de algemene ziekenhuizen is de daling nog sterker (2,4%). Vooral de kleinere ziekenhuizen zien het aantal opnamen teruglopen in 2014.

Figuur 4.12 | Aantal klinische opnamen per specialisme (x 1.000; 2014); algemene ziekenhuizen



Bron: Analyse Kiwa Carity, LBZ

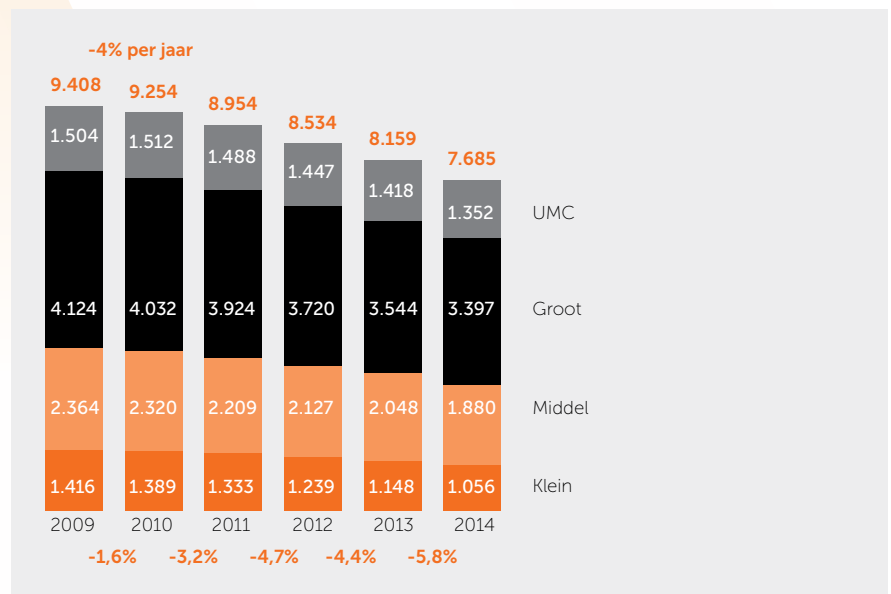
#### 4.5 Verpleegdagen (bij meerdaagse opnamen)

Het aantal verpleegdagen in algemene ziekenhuizen (exclusief de verpleegdagen van de eendaagse opnamen) daalde in 2014 met 410.000 naar ruim 6,3 miljoen. De belangrijke oorzaken zijn:

- Behandelingen die vroeger opname vereisten, worden nu vaker poliklinisch gedaan;
- Verbetering van technologie zorgt voor een kortere ligduur dan in het verleden;
- Efficiënter werken en plannen maakt dat patiënten het ziekenhuis eerder kunnen verlaten.

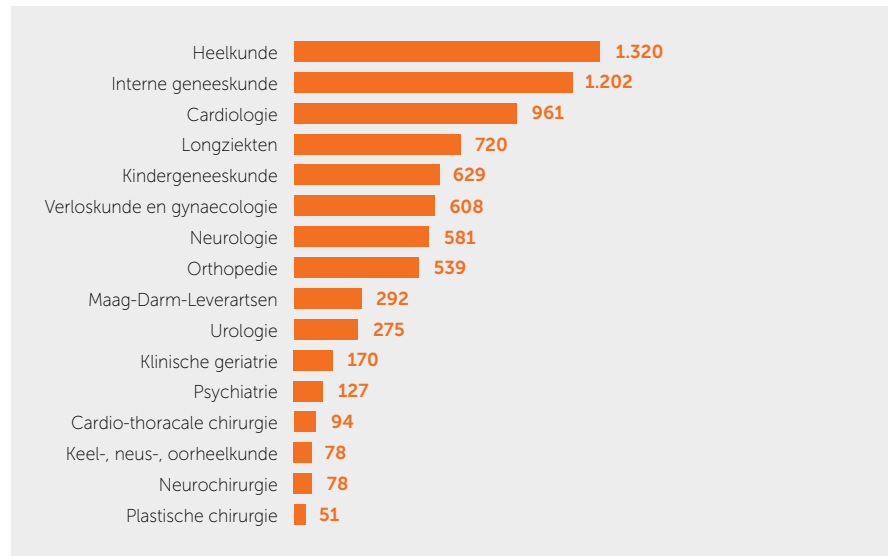
Er is dus geen sprake van minder zorg, maar juist van een verbetering van de kwaliteit van de zorg, die een daling van de productie tot gevolg heeft.

Figuur 4.13 | Ontwikkeling verpleegdagen (x 1.000; 2009–2014)



Bron: Analyse Kiwa Carity, LBZ

Figuur 4.14 | Aantal verpleegdagen per specialisme (x 1.000; 2014);  
algemene ziekenhuizen



Bron: Analyse Kiwa Carity, LBZ

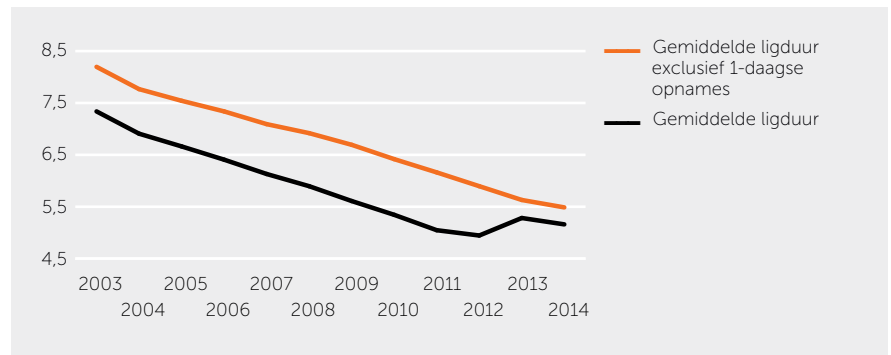
#### 4.6 Gemiddelde verpleegduur

In Figuur 4.15 is de ontwikkeling van de gemiddelde verpleegduur tussen 2003 en 2014 in beeld gebracht. De onderste lijn laat een trendbreuk zien in 2012. Vanaf 2011 wordt het aantal eendaagse opnamen anders geregistreerd. De bovenste lijn geeft de ontwikkeling van de gemiddelde verpleegduur weer zonder de eendaagse opnamen. 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.

Bij de specialismen geriatrie en neurologie is de gemiddelde verpleegduur in de afgelopen vijf jaar met meer dan 30% sterk gedaald. Ook de specialismen maag-, darm- leverziekten, orthopedie en longgeneeskunde zagen de gemiddelde ligduur met circa 20% dalen.

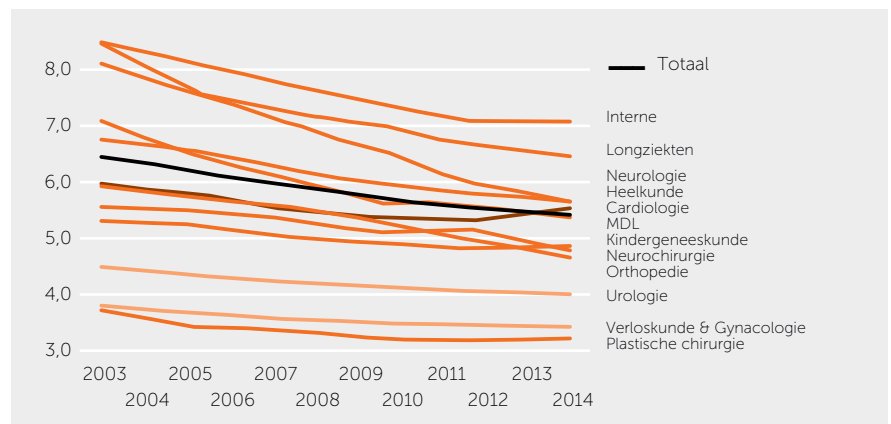
Bij het specialisme cardiologie (4%) en bij kindergeneeskunde en plastische chirurgie (0,5%) zien we in 2014 een stijging van de verpleegduur. Ook bij de specialismen KNO, interne en verloskunde lijkt aan de daling van de verpleegduur in 2014 een eind gekomen (Figuur 4.16).

Figuur 4.15 | Ontwikkeling verpleegduur (2003–2014); algemene ziekenhuizen




Bron: Analyse Kiwa Carity, LMR, LBZ

Figuur 4.16 | Ontwikkeling verpleegduur (excl. eendaagse opnamen) (2009–2014)



Bron: Analyse Kiwa Carity, LMR, LBZ



De toename van de productmix wijst erop dat lichtere patiënten minder vaak in het ziekenhuis worden behandeld.



Omzetgroei ziekenhuizen blijft met 1,3% ruim binnen de afspraken van het zorgakkoord.

# 5 Financiën

## 5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de financiële ontwikkeling <sup>41</sup> van de algemene ziekenhuizen in beeld gebracht. Het betreft de ontwikkeling van de omzet, de kosten, de rentabiliteit en de solvabiliteit.

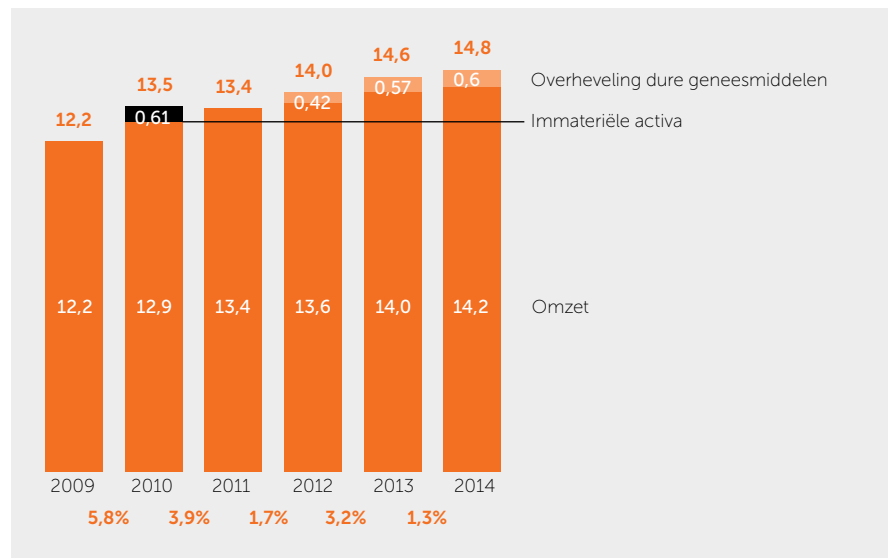
De groei van de omzet van de algemene ziekenhuizen is in 2014 met 1,3% zeer bescheiden. Het is de laagste groei in 25 jaar. Alleen in het midden van de jaren tachtig, bij de invoering van de Functiegerichte Budgettering, lag de groei lager. De groei blijft hiermee ook duidelijk binnen de afspraken van het zorgakkoord. De ziekenhuizen hebben in 2014 gemiddeld hun financiële weerbaarheid versterkt. De gemiddelde solvabiliteit ligt voor het eerst boven het gehanteerde streefniveau van 20%. De spreiding van de solvabiliteit is toegenomen. Het aantal ziekenhuizen met een solvabiliteit van meer dan 20% is gegroeid van 34 naar 49. In 2014 kenden 11 ziekenhuizen een negatief resultaat. De verlieslatende ziekenhuizen zijn vooral bij de kleine en de middelgrote ziekenhuizen geconcentreerd. Slechts 1 van de grote ziekenhuizen kent een negatief resultaat in 2014.

## 5.2 Omzet

De groei van de omzet van de algemene ziekenhuizen is in 2014 met 1,3% zeer bescheiden. Het is de laagste groei sinds 1987. Deze groei ligt duidelijk binnen de groei die gereserveerd is in de afspraken in het Zorgakkoord en het Budgettair Kader Zorg.

<sup>41</sup> Bij het tot stand brengen van dit brancherapport waren de jaarrekeningen van vier ziekenhuizen nog niet beschikbaar. De omzet en andere kengetallen van deze ziekenhuizen zijn bijgeschat door Kiwa Carity.

Figuur 5.1 | Totale omzet algemene ziekenhuizen naar herkomst (euro, miljard; 2009–2014)



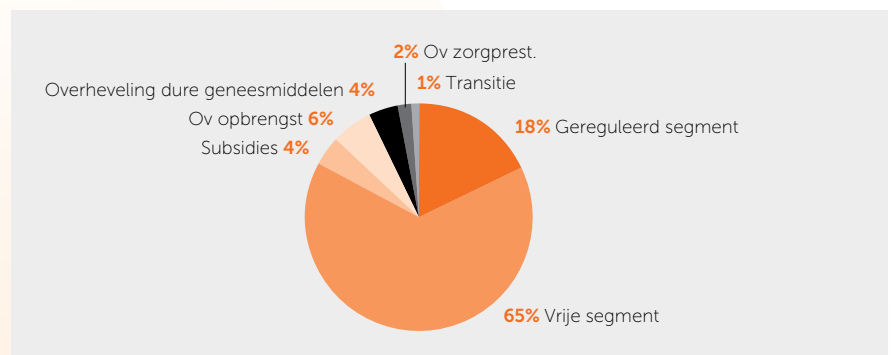
Bron: DigiMV en jaarrekeningen, analyse Kiwa Charity

De omzet van de algemene ziekenhuizen bestaat uit zorggerelateerde omzet en niet-zorggerelateerde omzet. De zorggerelateerde omzet omvat de zorg in het gereguleerde en het vrije segment, transitiebedragen, dure geneesmiddelen en overige zorgprestaties. Daarnaast bestaat de omzet uit subsidies en overige opbrengsten.

### 5.2.1 Vrije en gereguleerde segment

Veruit het grootste deel van de omzet van de algemene ziekenhuizen komt in 2014 uit het vrije segment (65%), gevolgd door het gereguleerde segment (18%) (Figuur 5.2).

Figuur 5.2 | Omzet algemene ziekenhuizen naar herkomst; (aandeel in %, 2014)



Bron: DigiMV en jaarrekeningen, analyse Kiwa Charity

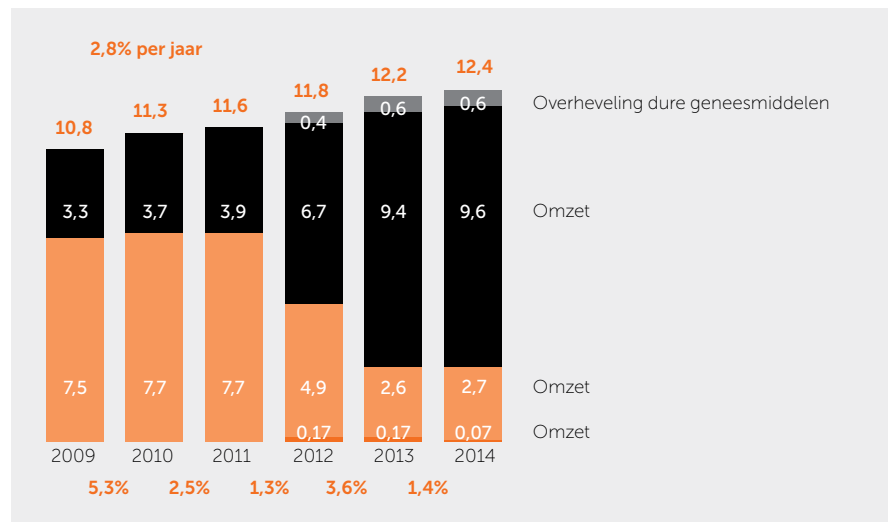


De omvang van het vrije segment is sinds 2009 gestegen van € 3,3 naar € 9,6 miljard. Het gereguleerde segment is juist gekrompen van € 7,5 naar € 2,7 miljard (Figuur 5.3).

De omzetgroei in het vrije segment bedraagt € 205 miljoen, ofwel 2,2% in 2014. De omzet stijgt van € 9,41 naar € 9,62 miljard.

Gecorrigeerd voor de overheveling van de dure geneesmiddelen groeit de zorgomzet in het gereguleerde segment in 2014 (A-segment en gebudgetteerde zorgprestaties) met € 70 miljoen van € 2,62 naar € 2,69 miljard. Dat is een groei van 2,7%. 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 € 600 miljoen.

Figuur 5.3 | Totale omzet gereguleerde en vrije segment algemene ziekenhuizen (€ miljard; 2009–2014)



Bron: DigiMV en jaarrekeningen, analyse Kiwa Carity

Door de sterke terugval van de transitievergoeding (zie paragraaf 5.2.2) in 2014 bedraagt de groei van de zorggerelateerde omzet in 2014 slechts 1,4%. De zorggerelateerde omzet (gecorrigeerd voor overheveling geneesmiddelen) stijgt tussen 2009 en 2014 van € 10,8 naar € 12,4 miljard, een stijging van gemiddeld 2,8% per jaar. Ongecorrigeerd bedraagt de gemiddelde groei 3,8%. In dit hoofdstuk worden diverse overzichten gemaakt waarin de spreiding van kengetallen zichtbaar wordt gemaakt. Hierbij is uitgegaan van drie groepen van elk 27 ziekenhuizen, ingedeeld naar klein, middelgroot en groot. Sinds 2014 zijn er 13 fusies geweest. De cijfers worden weergegeven voor de afzonderlijke ziekenhuizen vóór de fusie. Alle gefuseerde ziekenhuizen hebben een gesegmenteerde jaarrekening aangeleverd.

### 5.2.2 Transitie-model en verrekenbedragen

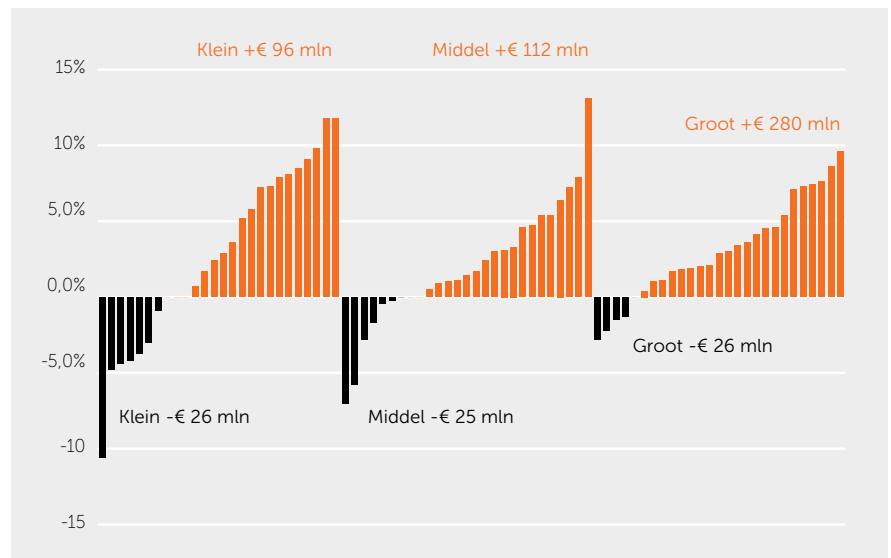
Ziekenhuizen hebben in 2012 en 2013 te maken met het zogeheten transitie-model. Maar ook in de jaarrekeningen van 2014 hebben veel ziekenhuizen nog een transitiebedrag verantwoord, vanwege de late definitieve vaststelling van de verrekenbedragen.

De grootste zorgverzekeraars hebben met alle ziekenhuizen over 2012 afspraken gemaakt over het ziekenhuisbudget. Dit zogenaamde 'schaduwbudget' is gebaseerd op de systematiek van de aanvaardbare kosten in 2011. Daarnaast maken individuele zorgverzekeraars afspraken over de omzet in het gereguleerde en vrije segment. Het verschil tussen de omzet op basis van prestatiebekostiging (in het gereguleerde en vrije segment) en de oude budgetsystematiek ('schaduwbudget') wordt het transitiebedrag genoemd. Door het transitiebedrag 2012 te vermenigvuldigen met 0,95 voor 2012 en 0,70 voor 2013 wordt het zogenaamde verrekenbedrag voor beide jaren berekend.

Op basis van de gedeponeerde jaarrekeningen bedroeg de voorlopige verrekening vanwege het transitiebedrag in 2012 € 175 miljoen voor de algemene ziekenhuizen. Eind 2014 zijn de meeste transitiebedragen definitief vastgesteld door de NZa. Het te verrekenen bedrag voor 2013 komt uit op € 173 miljoen. In 2014 is het restant (€ 69 miljoen) van de verrekenbedragen verantwoord. De totale verrekening over de periode 2012–2014 komt daarmee uit op € 417 miljoen.

In Figuur 5.4 wordt het totale verrekenbedrag per ziekenhuis gerelateerd aan de totale ziekenhuisomzet uit 2014. De totale verrekening als percentage van de omzet in 2014 varieert tussen de -10% en +13%.

*Figuur 5.4 | Verrekening transitiebedrag als percentage van totale omzet per algemeen ziekenhuis (%), totaal 2012–2014*

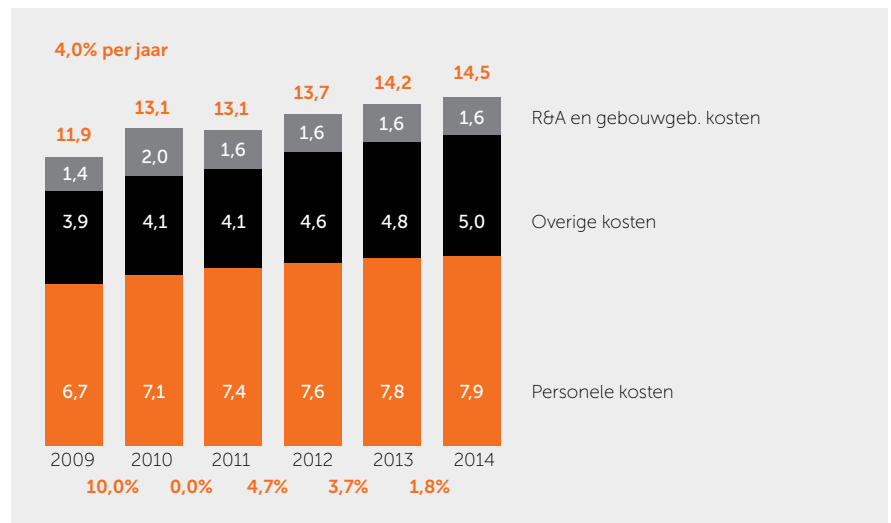


Bron: DigiMV en jaarrekeningen, analyse Kiwa Carity

### 5.3 Kosten

De kosten van de algemene ziekenhuizen zijn in 2014 met 1,8% toegenomen. In de afgelopen 5 jaar stegen de kosten met gemiddeld 4,0%. Als wordt gecorrigeerd voor de overheveling van de geneesmiddelen dan komt de kostengroei in 2014 uit op 1,4% en die over de afgelopen 5 jaren op 3.2%.

Figuur 5.5 | Totale kosten algemene ziekenhuizen naar soort  
(euro, miljard; 2009–2014)



Bron: EJZ, analyse Kiwa Carity

De personeelskosten zijn in de algemene ziekenhuizen de afgelopen jaren met gemiddeld 3,4% per jaar toegenomen. De grootste stijging was in 2010. Sindsdien is de groei gedaald naar 1,4% in 2014. In 2013 stegen de salariskosten nog met 2,9%. De geringe stijging in 2014 is deels toe te schrijven aan het uitblijven van een resultaat bij de cao-onderhandelingen.

De sociale lasten zijn het sterkst gestegen. Het aandeel groeide tussen 2009 en 2014 van 20% naar 22% van de totale personeelskosten. Verder valt op dat het aandeel personeel niet in loondienst is gedaald, evenals het overig personeel. Het verpleegkundig personeel daalt licht, terwijl het overig patiëntgebonden personeel stijgt. Het algemeen en administratief personeel is tussen 2009 en 2013 gestegen, maar in 2014 weer licht gedaald.

De materiële kosten bestaan onder andere uit de kosten voor voeding, hotelkosten, geneesmiddelen, overige patiëntgebonden kosten en algemene kosten. Over de afgelopen 5 jaar zijn de materiële kosten met 5,7% 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 groei van de kosten gemiddeld 3,2% zijn geweest.

De gebouwgebonden kosten bestaan uit de kosten voor onderhoud aan terreinen, gebouwen en installaties en de kosten voor energie. Deze kosten zijn de afgelopen jaren nauwelijks gestegen.

De kosten van afschrijvingen zijn gemiddeld met 4,2% gestegen.

De rentekosten zijn in de afgelopen drie jaar onveranderd. De eenmalige afschrijvingen van de immateriële kosten in 2010 hebben dat jaar voor een sterke kostenstijging gezorgd. In 2011 daalde de kosten van de afschrijvingen weer. In 2012 en 2013 zijn de afschrijvingskosten circa € 19 miljoen hoger

door versnelde afschrijvingen in verband met impairment<sup>42</sup>. In 2014 dalen de kosten vanwege impairment naar € 4 miljoen.

#### 5.4 Resultaat

Bij een private, deels gereguleerde markt voor de ziekenhuisbranche past een exploitatieresultaat van ten minste 2,5%<sup>43</sup>.

De ziekenhuizen behaalden in 2014 gemiddeld een exploitatieresultaat van 1,9% van de omzet (Figuur 5.6). Daarmee ligt het exploitatieresultaat weer op hetzelfde stabiele niveau van 1,8%–1,9% uit de periode 2009–2012. Het jaar 2013 is dus een uitschieter wat betreft het exploitatieresultaat. In euro's is het resultaat van de algemene ziekenhuizen in 2014 uitgekomen op € 282 miljoen. Omdat van 4 ziekenhuizen de jaarrekening over 2014 nog niet was gedeponereerd, kan het resultaat in 2014 nog anders uitvallen.<sup>44</sup> Het resultaat bestaat uit de optelling van het bedrijfsresultaat, het saldo financiële baten en lasten (interest) en saldo buitengewone baten en lasten.

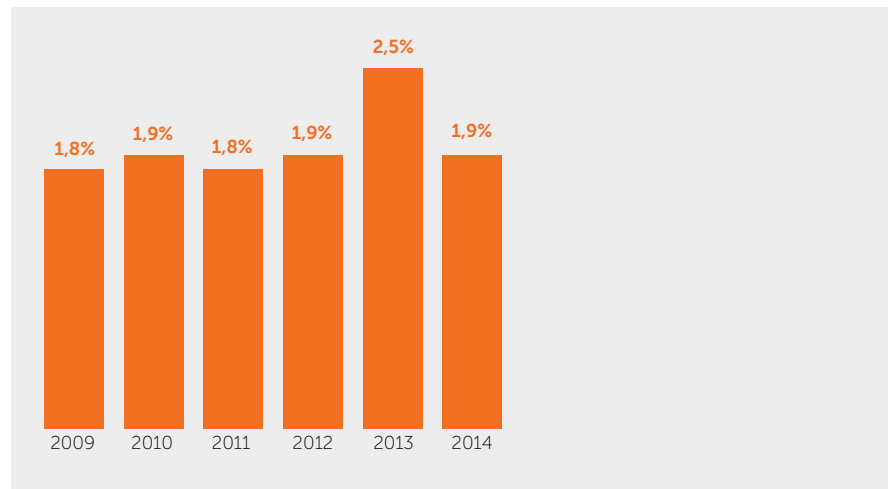
De verbeterde resultaten in 2013 houden mogelijk verband met de steeds hogere eisen die banken zijn gaan stellen aan kredietverlening. Daarnaast hebben de verrekenbedragen een incidenteel effect op de resultaten in 2013. In 2014 ligt het resultaat circa € 80 miljoen lager dan in 2013, wat deels toe te schrijven is aan de lagere transitievergoeding. Verder valt op dat de rentelasten in 2014 zijn gedaald. Dat hangt samen met de geringere behoefte aan kapitaal door de toegenomen eigen vermogens van de ziekenhuizen en de zeer lage actuele rentestand.

<sup>42</sup> *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.*

<sup>43</sup> *Onderzoek SIRM, zie brancherapport algemene ziekenhuizen 2013.*

<sup>44</sup> *Een aantal ziekenhuizen dat geen jaarrekening heeft gedeponereerd, heeft de afgelopen jaren te maken gehad met financiële problemen. Kiwa Carity heeft het resultaat van deze ziekenhuizen geschat.*

Figuur 5.6 | Resultaat algemene ziekenhuizen (% omzet, 2009–2014)



Bron: DigiMV en jaarrekeningen, analyse Kiwa Carity

Elf ziekenhuizen boekten in 2014 rode cijfers. Het betrof zes kleinere en vijf middelgrote ziekenhuizen. Dit betekent dat ongeveer één op de zeven ziekenhuizen verlies lijdt; in 2012 was dat nog één op de tien.

## 5.5 Balans

In deze paragraaf wordt ingegaan op de ontwikkeling van de financiële positie van de algemene ziekenhuizen. Het eigen vermogen van de ziekenhuizen is in 2014 met € 310 miljoen verder toegenomen tot € 3,36 miljard. Deze groei is minder dan in 2013 (€ 490 miljoen).

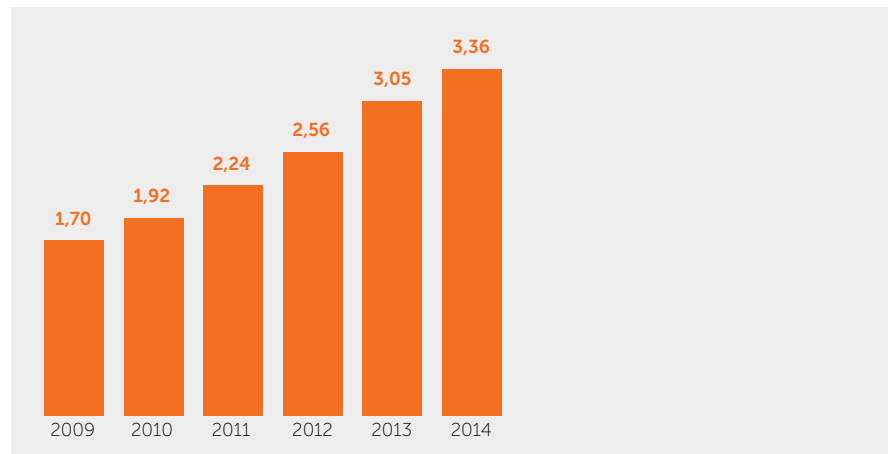
De rentabiliteit bedraagt in 2014 3,7%. De rentabiliteit valt in 2014 lager uit dan in 2013. In dat jaar is de rentabiliteit eenmalig hoog uitgevallen vanwege de transitievergoedingen.

De solvabiliteit komt in 2014 voor het eerst hoger uit dan de streefnorm van 20%. Wel valt op dat er een grote spreiding bestaat van de solvabiliteit tussen de individuele ziekenhuizen. Vooral veel kleine ziekenhuizen kennen een lage solvabiliteit.

### 5.5.1 Eigen vermogen

Net als de afgelopen vijf jaar hebben ziekenhuizen in 2014 hun vermogenspositie verder versterkt. Toename van het eigen vermogen leidt tot een betere solvabiliteit en daarmee tot grotere financiële zekerheid op lange termijn en een stabielere sector. De grotere ziekenhuizen hebben, ook verhoudingsgewijs, een stevigere vermogenspositie. Daarnaast geeft de gemiddeld verbeterde rentabiliteit aan dat het totale vermogen steeds beter wordt ingezet.

Figuur 5.7 | Eigen vermogen (euro, miljard; 2009–2014)

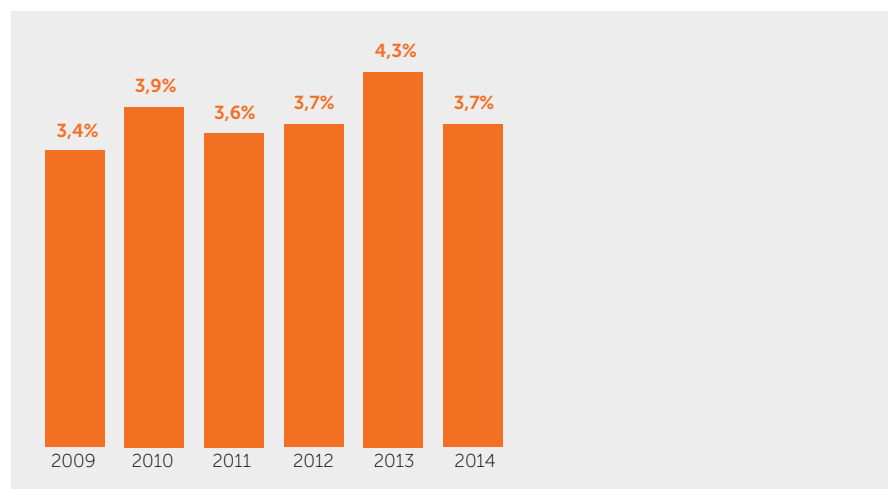


Bron: DigiMV en jaarrekeningen, analyse Kiwa Carity

### 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 was in 2014 gemiddeld 3,7%. Dit is gelijk aan de rentabiliteit in de periode 2009–2012 (Figuur 5.8). 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 1,6% gemiddeld relatief laag.

Figuur 5.8 | Ontwikkeling rentabiliteit ziekenhuizen (2009–2014)

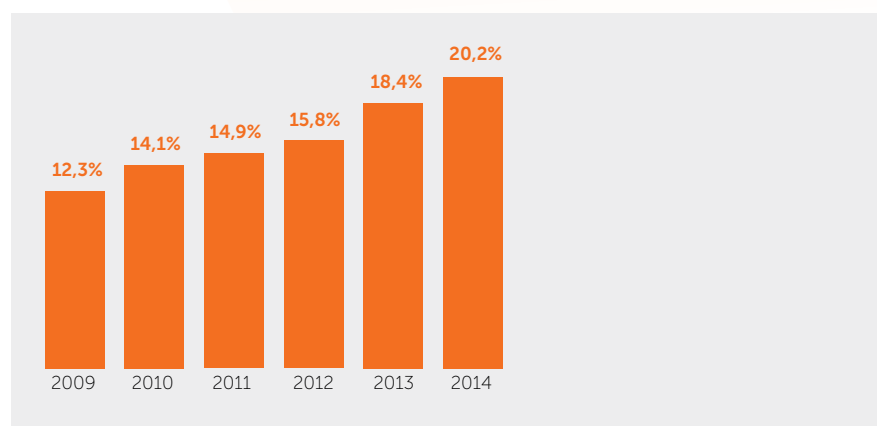


Bron: DigiMV en jaarrekeningen, analyse Kiwa Carity

### 5.5.3 Solvabiliteit

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 2014 20,2%. Daarmee ligt de solvabiliteit voor het eerst boven de streefnorm van 20%. Als het ziekenhuis een solvabiliteit heeft van ten minste 20%<sup>45</sup> kunnen de meeste financieel-economische schokken opgevangen worden. In 2013 bedroeg de solvabiliteit gemiddeld 18,4% (Figuur 5.9). De solvabiliteit is in 2014 verder verbeterd. In 2009 was deze nog slechts gemiddeld 12,3%.

Figuur 5.9 | Solvabiliteit<sup>a</sup> ziekenhuizen (2009–2014)



a) Eigen vermogen / totaal vermogen (balanstotaal)

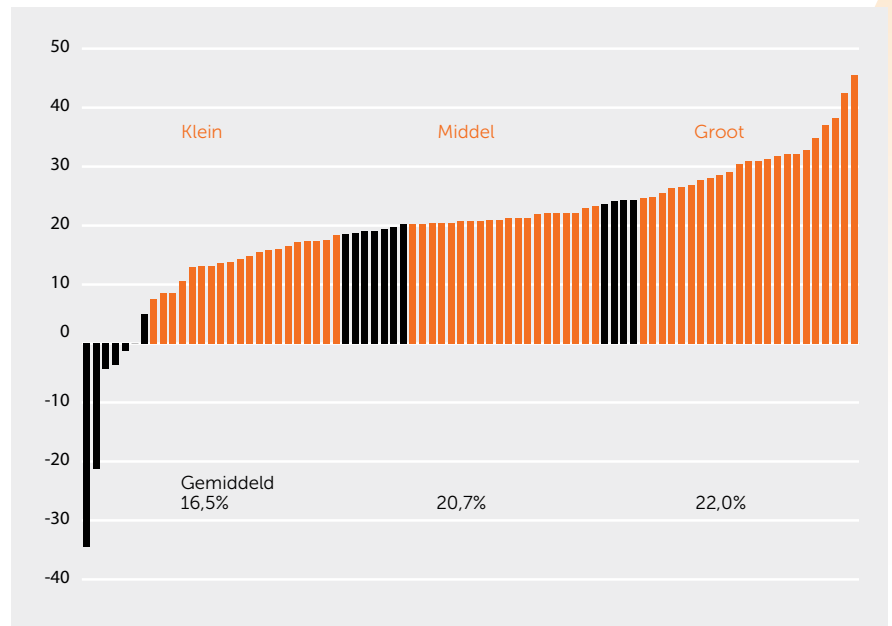
Bron: DigiMV en jaarrekeningen, analyse Kiwa Carity

De gemiddelde solvabiliteit is vooral gestegen bij de middelgrote en grote ziekenhuizen. Bij de kleine ziekenhuizen is de solvabiliteit gemiddeld gedaald (van 19,5% naar 16,5%). Ook is de spreiding bij de kleine ziekenhuizen zeer groot. Van de 10 ziekenhuizen met de laagste solvabiliteit behoren er 7 tot de kleine ziekenhuizen. Van de 10 ziekenhuizen met de grootste solvabiliteit behoren er 5 tot de kleine ziekenhuizen.

Bij de kleine ziekenhuizen kennen 4 instellingen een negatieve solvabiliteit en daarnaast nog 8 met een solvabiliteit tussen 0 en 20 %. Eén ziekenhuis kent een solvabiliteit van meer dan 40%. Bij de middelgrote ziekenhuizen is er één ziekenhuis met een negatieve solvabiliteit. De solvabiliteit bij de grote ziekenhuizen schommelt tussen de 8% en 43% (Figuur 5.10). Het aantal ziekenhuizen met een solvabiliteit van meer dan 20% is in 2014 gestegen van 34 naar 48.

<sup>45</sup> De minister van VWS hanteert 20% als streefnorm voor de solvabiliteit (Tweede Kamer 2012/2013, 33168).

Figuur 5.10 | Solvabiliteit ziekenhuizen (% omzet, 2014)



Bron: DigiMV en jaarrekeningen, analyse Kiwa Carity



The top half of the page features several overlapping, semi-transparent orange geometric shapes, including triangles and trapezoids, creating a modern, abstract background.

Veel ziekenhuizen  
hebben voor het eerst  
de minimale streefnorm  
voor solvabiliteit gehaald.

# Bronnen en methoden

Voor het inzichtelijk maken van ontwikkelingen in de sector zorg & welzijn en daarbinnen de branche (algemene) ziekenhuizen worden in dit brancherapport verschillende bronnen en indelingen gebruikt.

Het gebruik van een bepaalde indeling hangt samen met het doel.

Zo hanteert het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) een drietal indelingen:

- De Zorgrekeningen (ZR)
- Het Budgettair Kader Zorg (BKZ)
- Het System of Health Accounts (SHA)

Daarnaast worden veel bronnen op ziekenhuisniveau gebruikt. Het betreft hier:

- Document Maatschappelijke verantwoording (DigiMV)
- Enquête Jaarcijfers Ziekenhuizen (EJZ)
- Landelijke Medische Registratie (LMR/LAZR), (tot 2013)
- Landelijke Basisregistratie Ziekenhuizen, (vanaf 2014)
- DBC Informatie Systeem (DIS)

Iedere indeling en iedere bron heeft zijn specifieke voor- en nadelen.

De Zorgrekeningen hebben het voordeel dat ze een volledig, samenhangend en consistent beeld geven van ontwikkelingen in de tijd. Het gaat hierbij om een brede definitie van zorg, waartoe ook belangrijke delen van de welzijnszorg worden gerekend. Daaronder vallen bijvoorbeeld ook de kinderopvang en Arbodiensten. De indeling is gebaseerd op actoren. Het betreft hier zelfstandige organisatorische eenheden, zoals instellingen, maar ook vrije beroepsbeoefenaars die activiteiten uitvoeren op het terrein van zorg en welzijn. De uitgaven van ziekenhuizen omvatten niet alleen ziekenhuisdiensten, maar ook omzet van maaltijdvergoedingen van personeel of bezoekers in het ziekenhuisrestaurant of de opbrengst van de parkeerfaciliteit van het ziekenhuis.

Een aandachtspunt bij de Zorgrekening is dat de actor op concernniveau is bepaald. Concerns waarbij de ziekenhuisomzet lager ligt dan de verpleeghuisomzet wordt daarom in zijn geheel toegerekend aan de branche ouderenzorg. En omgekeerd wordt de omzet van verpleeghuizen meegeteld bij concerns waar het ziekenhuis de grootste entiteit vormt.

Het Budgettair Kader Zorg wordt door de overheid gebruikt. In het BKZ staat de financiering van de zorg centraal. Tot het BKZ worden alle zorgkosten gerekend, waar de minister van VWS financiële verantwoordelijkheid over draagt. Het betreft de begrotings- en premie gefinancierde uitgaven. Kosten van GGD's, arbodiensten, alternatieve geneeswijzen en voorzieningen uit de aanvullende verzekering (tandheelkundige hulp, brillen, delen fysiotherapie) vallen daar dus buiten. Beleidsmatige keuzes om bepaalde verstrekkingen in het pakket op te nemen of er juist uit te verwijderen, zorgen ervoor dat het BKZ geen consistent beeld oplevert van de kostenontwikkeling in de zorg. Voor de ziekenhuisuitgaven heeft de overgang van budgetfinanciering naar schadelast grote schokken in de uitgaven tot gevolg gehad. Dat maakt het BKZ niet geschikt om de uitgavenontwikkeling op te baseren.

Het System of Health Accounts wordt door het CBS aan de OECD geleverd volgens internationale afspraken. De SHA worden rechtstreeks afgeleid uit de Zorgrekeningen. Een aantal welzijnsbranches (delen gehandicaptenzorg, thuiszorg en verzorgingshuizen) worden binnen de SHA niet tot de sector Zorg gerekend. Opbrengsten die niet aan zorg worden toegeschreven vallen ook buiten de definitie van de SHA (onderwijs academische ziekenhuizen; overige opbrengsten van ziekenhuizen).

Het DigiMV is een publieke bron en omvat vooral cijfers uit de jaarrekeningen, aangevuld met gegevens over personeel en productie. De Enquête Jaarcijfers Ziekenhuizen omvat vooral gegevens over personeel en kosten. De LMR en de LAZR omvatten gegevens over opnamen, dagbehandelingen, verpleegdagen en eerste polikliniekbezoeken per specialisme en per postcode. Het DIS omvat de gegevens van de afgesloten DBCs, inclusief alle verrichtingen op patiëntniveau.

In hoofdstuk 2 (Zorg in perspectief) wordt de branche ziekenhuizen zowel in een Nederlands als in een internationaal perspectief geplaatst. In dit hoofdstuk worden de Zorgrekeningen gebruikt. Het voordeel is dat deze reeksen zoveel mogelijk een consistent beeld geven van de ontwikkelingen in de zorg. Voor het internationale perspectief worden data van de OECD gebaseerd op de SHA gebruikt. Op onderdelen wijken deze cijfers af van die in de zorgrekeningen.

In hoofdstuk 3 (Werken in ziekenhuizen) wordt vooral gebruik gemaakt van de EJZ. Daarnaast wordt tevens gebruik gemaakt van gegevens van Vernet, het PGGM en het bestand Loonkostengegevens (LKG).

Aan hoofdstuk 4 (Productie) ligt de LMR/LAZR ten grondslag. Voor het jaar 2014 is gebruik gemaakt van de LBZ. Daarnaast is ook gebruik gemaakt van de DIS en van DigiMV.

In hoofdstuk 5 (Financiën) wordt vooral gebruik gemaakt van DigiMV. Voor de kosten is vooral gebruik gemaakt van de EJZ.

In dit brancherapport worden ziekenhuizen onderverdeeld in klein, middelgroot en groot. Hierbij is uitgegaan van drie groepen van elk 27 ziekenhuizen. Sinds 2014 zijn er 13 fusies van ziekenhuizen geweest. De cijfers worden weergegeven voor de afzonderlijke ziekenhuizen vóór de fusie.

# Lijst met afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AZW	Arbeidsmarktprogramma Zorg en Welzijn
BKZ	Budgettair Kader Zorg
BBL	Beroeps Begeleidende Leerweg
BBP	Bruto Binnenlands Product
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CPB	Centraal Planbureau
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie
CT	Computer Tomografie
DIS	DBC Informatie Systeem
EJZ	Enquête Jaarcijfers Ziekenhuizen
FB	Functiegerichte Budgettering
KNO	Keel, Neus en Oor
LAZR	Landelijke Ambulante Zorg Registratie
LBZ	Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiscare
LKG	Loon Kosten Gegevens
LMR	Landelijke Medische Registratie
MDL	Maag, Darm en Lever
MRI	Magnetic resonance imaging
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
PET	Positron emissie tomografie
RIVM	Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu
SEH	Spoedeisende Eerste Hulp
SHA	System of Health Accounts
VOV	verpleegkundig en verzorgend personeel
VVT	Verpleging, Verzorging en Thuiszorg
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wlz	Wet Langdurige Zorg
WNO	Werknemersonderzoek
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZR	Zorg Rekeningen
Zvw	Zorgverzekeringswet



## Colofon

### *Uitgave*

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

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

Kiwa Carity  
Ptolemaeuslaan 900  
3528 BV Utrecht  
030 2345 678

### *Vormgeving*

Total Public, Den Haag

### *Druk*

Ando Graphic, Den Haag

### *Oplage*

2.000 exemplaren

©2015 Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen





---

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