

# Jaarverslagenanalyse ziekenhuizen 2018

De financiële positie, uitgaven, capaciteit en productie

Juni 2019

Intrakoop met Verstegen, accountants en adviseurs en Marlyse-Research

Auteurs: Lorenzo Lippolis BEc, drs. Mike Lankhorst



## Voorwoord

Ziekenhuiszorg was afgelopen jaar vooral in het nieuws door twee faillissementen. Dit riep vragen op over wie de volgende zou zijn en leidde tot allerlei speculaties. In dit rapport presenteren we vooral trends, gebaseerd op gemiddelden uit het verleden, en we weten dat we daar voorzichtig mee behoren om te gaan. De ziekenhuismarkt is namelijk sterk gestratificeerd. Academische ziekenhuizen hebben een andere positie dan algemene ziekenhuizen. De topklinische ziekenhuizen hebben weer een andere positie, maar knabbelen aan de markt van academische ziekenhuizen. De laatsten hebben een andere samenstelling van inkomensstromen, niet alleen gebaseerd op verleende zorg maar ook vanwege onderzoek en onderwijs. Kortom, wanneer we over de ziekenhuiszorg spreken is het goed om dit soort stratificaties in de gaten te houden.

Toch hebben alle ziekenhuizen te maken met een aantal dezelfde ontwikkelingen: de verschuiving van klinische zorg naar ambulante zorg (zie de structurele daling van het aantal opnamen en verpleegdagen), vergrijzing en de ontwikkeling in de patiëntenmix naar meer complexiteit (duurdere medicijnen). De afspraken in het nieuwe hoofdlijnenakkoord voor medisch-specialistische zorg voor de periode 2019-2022 impliceren dat de jaarlijkse groei van de ziekenhuiszorg wordt omgebogen naar 0% in 2022. Dat is een bijkomend ambitieus collectief kader voor de sector. Het maakt echter wel weer uit of je in een krimpregio actief bent of in een randstedelijk gebied met een sterke bevolkingsgroei.

Wat ook uitmaakt is of je afgelopen 20 jaar nieuwbouw gepleegd hebt en leningen voor de lange termijn afgesloten hebt tegen een rente die in deze tijd als absurd in de oren klinkt (bijvoorbeeld 4,5%). De overgang van de bekostiging van de kapitaallasten via een aparte geldstroom naar integrale tarieven heeft veel onzekerheid en risico's (bezettingsrisico, herfinancieringsrisico) de organisatie ingebracht. In het oude stelsel waren deze veel minder aanwezig.

De individuele positie van een ziekenhuisorganisatie kan zich onderscheiden door de mate van wederzijdse afhankelijkheid met zorgverzekeraars. Is die groot dan is je positie als ziekenhuis sterker, is die minder dan is een mogelijke kans op een exit groter. Dat verklaart waarom sommige ziekenhuizen meerjarig geholpen worden exploitabel te blijven, terwijl anderen uit de markt verdwijnen. In zijn algemeenheid worden de verzekeraars als betalende partij geconfronteerd met steeds duurder wordende verrichtingen. Zij zullen dus druk houden op tarieven en aantallen verrichtingen (gepaste zorg). De beschikbaarheid van gekwalificeerde medewerkers zal de komende jaren een grote uitdaging zijn. Bij de onderzochte ziekenhuizen zijn er ruim 7,5 duizend vacatures.

Al met al laten de gemiddelden in dit rapport vooral zien hoe de ziekenhuissector als geheel presteerde in vergelijking met voorgaande jaren. De proof of the pudding voor het individuele ziekenhuis ligt in de toekomst en de specifieke regio. Besturen van ziekenhuizen hebben de komende jaren een tweeledige uitdaging. Intern om met een gezond financiële exploitatie tot passende zorg te komen, die past bij de kenmerken van hun verzorgingsgebied. Extern om dit samen te doen met partijen in de regio zoals de ouderenzorg, huisartsenzorg en de thuiszorg. Dat vraagt om tweebenigheid in het besturen. Anders loop je een gereede kans de wedstrijd te verliezen.

Prof. dr. Richard Janssen

## Inhoudsopgave

1.	Inleiding	4
1.1	Verantwoording	4
1.2	Leeswijzer	4
2.	Financiële positie	5
2.1	Resultaat	5
2.2	Solvabiliteit	6
2.3	Liquiditeit	7
3.	Bedrijfslasten	5
3.1	Inkoopuitgaven	9
3.2	Personeelskosten	12
4.	Capaciteit en productie	15

# 1. Inleiding

## 1.1 Verantwoording

Intrakoop<sup>1</sup> en Verstegen accountants en adviseurs<sup>2</sup> hebben de jaarverslagen van de ziekenhuizen die half juni 2019 beschikbaar waren over het jaar 2018 geanalyseerd. Doel van deze jaarverslagenanalyse is de financiële kengetallen en uitgaven van deze ziekenhuizen in kaart te brengen.

De analyse is uitgevoerd op basis van 78 bruikbare jaarverslagen, voorzien van financiële cijfers over het jaar 2018 met vergelijkende cijfers over 2017. Het gaat om de cijfers van zeven UMC's, 59 algemene ziekenhuizen en 12 categorale ziekenhuizen. Bij de analyse is gebruik gemaakt van de gegevens uit DigiMV (bron: CIBG, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, bewerkt en beschikbaar gesteld door Intrakoop). De onderzochte ziekenhuizen vertegenwoordigen 93% van de totale omzet in de sector.

## 1.2 Leeswijzer

In deze rapportage komen de financiële positie, de bedrijfslasten, capaciteit en productie van de Nederlandse ziekenhuizen in het jaar 2018 aan bod. De financiële positie wordt beschreven aan de hand van het resultaat, de solvabiliteit en de liquiditeitspositie. De bedrijfslasten worden getypeerd aan de hand van de inkoopuitgaven en de personeelskosten. Tot slot volgt in hoofdstuk 4 een korte beschrijving van de belangrijkste kengetallen over capaciteit en productie.

---

<sup>1</sup> Intrakoop is de inkoopcoöperatie van de zorg voor circa 550 zorgorganisaties met meer dan 7.000 locaties. We verbinden leden en leveranciers met elkaar. Zo maken we goede zorg betaalbaar.

<sup>2</sup> Verstegen accountants en adviseurs is de huisaccountant van meer dan 100 zorgorganisaties, waarbij zij de jaarcijfers controleren en bedrijfseconomisch en fiscaal advies verstrekken.

## 2. Financiële positie

De ziekenhuizen laten de laatste jaren een stabiel en positief financieel beeld zien. Zo ook in 2018. Vrijwel alle financiële ratio's zijn licht gestegen. De resultaatratio blijft daarbij weliswaar iets achter, maar dit komt doordat de omzet harder is gestegen dan het resultaat. Hoewel de financiële resultaten positief en stabiel zijn, is het de vraag of de rendementen in de ziekenhuissector 'gezond' zijn. Resultaatratio's net onder de 2% zijn weliswaar positief en houden de vermogenspositie op peil, maar bieden tegelijkertijd bijzonder weinig ruimte.

*Figuur 1 Financiële kengetallen cure-sector 2018*

	<i>Norm</i>	<i>2018</i>	<i>2017</i>
<b>Resultaat</b>			
Totaal netto resultaat (x € 1 mln.)		444	447
Resultaatratio		1,7%	1,8%
<b>Solvabiliteit</b>			
Totaal eigen vermogen (x € 1 mln.)		6.927	6.465
Omzetratio	15%	26,6%	25,9%
<b>Liquiditeit</b>			
Liquiditeitsratio	1,0	1,4	1,3

### 2.1 Resultaat

Het totale resultaat in de ziekenhuissector is in 2018 nagenoeg gelijk gebleven. De onderzochte organisaties hebben over 2018 samen een positief netto resultaat behaald van € 444 mln. ten opzichte van € 447 mln. in 2017. De resultaatratio is daarbij iets gedaald van 1,8% in 2017 naar 1,7% in 2018. Dit wordt veroorzaakt doordat de omzetstijging sterker is dan de toename van het resultaat.

Over 2018 hebben vooralsnog zes ziekenhuizen een negatief resultaat gepresenteerd. In 2017 waren dit er nog acht. De verliezen over 2018 hebben vooral incidentele oorzaken. Bij twee ziekenhuizen, het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis en het Alexander Monro Ziekenhuis, is zowel in 2017 als 2018 sprake van een verlies en lijkt de negatieve exploitatie een meer structureel karakter te hebben.

De academische ziekenhuizen laten positieve financiële resultaten zien, op het Academisch Ziekenhuis Maastricht na. Dit ziekenhuis heeft relatief veel geïnvesteerd in innovaties en digitalisering. Het is daarbij wel opvallend dat vijf van de zeven onderzochte academische ziekenhuizen een resultaatverslechtering laten zien in vergelijking met 2017.

De kleinere ziekenhuizen, met een omzet tot € 150 mln., realiseren in 2018 eveneens vrijwel allemaal positieve resultaten. De resultaatratio voor de kleinste omzetcategorie (zie figuur 2) is echter negatief. Dit wordt veroorzaakt door het verlies van het Alexander Monro Ziekenhuis. Als dit ziekenhuis buiten beschouwing wordt gelaten, is het rendement ook in deze categorie positief (respectievelijk 6,3% in 2017 en 7,1% in 2018).

Figuur 2 Resultaatratio naar omvang en type

NVTZ-Omzetklasse	Resultaatratio 2018	Resultaatratio 2017
€ 0 tot € 10 mln.	-6,2%	-10,0%
€ 10 tot € 25 mln.	9,0%	6,5%
€ 25 tot € 60 mln.	2,5%	2,5%
€ 60 tot € 150 mln.	1,6%	1,9%
€ 150 tot € 300 mln.	1,9%	1,8%
€ 300 mln. of meer	1,7%	1,8%

Type ziekenhuis	Resultaatratio 2018	Resultaatratio 2017
Academisch	1,7%	2,6%
Topklinisch	1,7%	1,3%
Algemeen (niet-topklinisch)	1,7%	1,5%
Categoriaal	2,4%	1,8%

## 2.2 Solvabiliteit

De solvabiliteit<sup>3</sup> van de ziekenhuizen, uitgedrukt in het weerstandsvermogen, stijgt in 2018 licht, van 25,9% in 2017 naar 26,6% in 2018. Over de afgelopen jaren is een geleidelijke stijging van de solvabiliteit zichtbaar. Het totale eigen vermogen van de sector is in 2018, dankzij de positieve resultaten, toegenomen met € 462 mln. naar € 6,9 mld. Echter, doordat ook de bedrijfsopbrengsten zijn toegenomen, is de toename, uitgedrukt in het weerstandsvermogen, beperkt tot 0,7 procentpunten.

Voor het weerstandsvermogen wordt, onder andere door het Waarborgfonds voor de Zorgsector, veelal een norm van 15% gehanteerd. Eind 2018 waren er, net als eind 2017, negen ziekenhuizen die niet aan deze norm voldeden. De kleinere ziekenhuizen hebben gemiddeld genomen een iets hoger weerstandsvermogen dan de grotere ziekenhuizen. De balansratio, het eigen vermogen gedeeld door het balanstotaal, is licht gestegen, namelijk van 27,9% in 2017 naar 29,5% in 2018.

Bij de beoordeling van balansposities wordt in toenemende mate ook aandacht besteed aan de loan-to-value. Deze ratio geeft de verhouding weer tussen de langlopende leningen en de boekwaarde van bezittingen die met die leningen zijn gefinancierd. Voor de loan-to-value gelden geen duidelijke algemene normen. Als het percentage echter hoger ligt dan 75%, dan is dit een indicatie dat bezittingen relatief zwaar zijn gefinancierd met lang vreemd vermogen. Voor de ziekenhuissector als geheel is de loan-to-value 57,1% eind 2018. In 2017 was dit 56,0%.

In 2018 is er voor een totaalbedrag van € 1,6 mld. geïnvesteerd. De investeringen zitten daarmee op hetzelfde niveau als in 2017. Het saldo van de langlopende leningen is beperkt toegenomen van € 9,2 mld in 2017 naar € 9,3 mld in 2018. De kasstroom uit financieringsactiviteiten bedroeg € 98 mln negatief in 2018 en € 280 mln negatief in 2017. Hierin is nog altijd de terughoudendheid zichtbaar in het aangaan en verstrekken van externe financiering.

<sup>3</sup> Solvabiliteitsratio: het eigen vermogen uitgedrukt als percentage van de totale bedrijfsopbrengsten.

## 2.3 Liquiditeit

De liquiditeitsratio is gestegen van 1,3 in 2017 naar 1,4 in 2018. Bij een liquiditeitsratio groter dan 1,0 kan aan de korte termijnverplichtingen worden voldaan. Een liquiditeit van 1,4 voor de sector als geheel kan dan ook als toereikend worden gekwalificeerd. Het totaal van de liquide middelen is in 2018 gestegen van € 2,4 mld. naar € 2,7 mld.

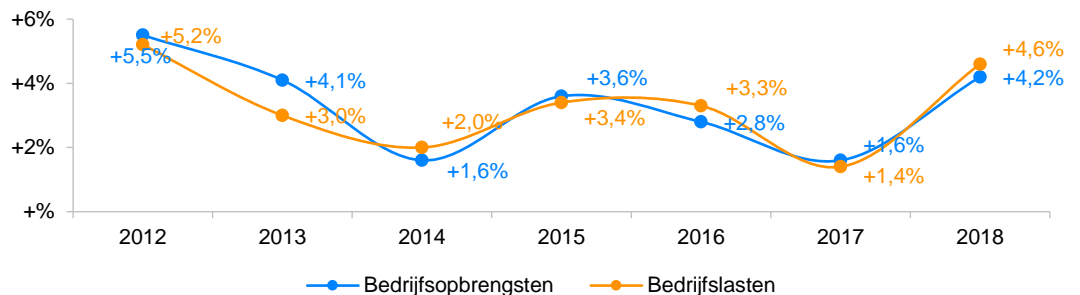
Verder is op te merken dat het aantal ziekenhuizen in de 'gevarezone' (liquiditeitsratio kleiner dan 1) is afgenomen. In 2017 waren er 19 ziekenhuizen met een liquiditeit kleiner dan 1 (exclusief IJsselmeerziekenhuizen en MC Slotervaart die in 2018 failliet zijn gegaan). In 2018 is dit aantal afgenomen naar 14.

### 3. Bedrijfslasten

De totale bedrijfslasten van de ziekenhuizen laten in 2018 met +4,6% een stijging zien die beduidend hoger ligt dan in de afgelopen jaren. De omzet is in 2018 eveneens toegenomen, en wel met +4,2%. Het ziekenhuis dat hierbij vooral in het oog springt is het Prinses Máxima Centrum voor Kinderoncologie dat als nieuwkomer de omzet ziet toenemen van € 59 mln. in 2017 naar € 153 mln. in 2018. Zonder het Prinses Máxima Centrum ziet de sector de omzet stijgen met +3,8%.

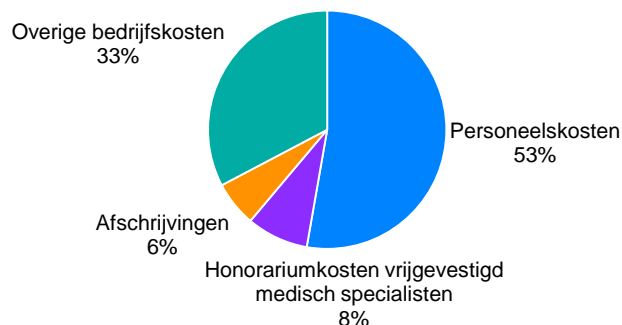
In totaal bedragen de bedrijfslasten van de onderzochte ziekenhuizen in 2018 € 25,2 mld. De totale omzet – in feite de kosten voor de Nederlandse samenleving aan ziekenhuiszorg in 2018 – bedraagt € 26 mld. Als rekening wordt gehouden met het beperkte aantal ziekenhuizen waarvan op het moment van verschijnen van deze rapportage nog geen cijfers beschikbaar zijn, is de verwachting dat de totale omzet van de ziekenhuizen in 2018 uitkomt op € 28 mld.

Figuur 3 Ontwikkeling bedrijfslasten/-opbrengsten ziekenhuizen 2012-2018



De personeelskosten (inclusief personeel niet in loondienst, maar exclusief honoraria vrijgevestigde medisch specialisten) vormen meer dan de helft (=53%) van de totale bedrijfslasten. Bij andere deelsectoren binnen de gezondheidszorg ligt dit percentage met 70-75% aanzienlijk hoger. Ziekenhuizen kennen hogere investeringen met daarmee gepaard gaande hogere afschrijvingskosten. Daarnaast zijn de overige bedrijfskosten bij ziekenhuizen aanzienlijk hoger, vooral doordat de patiëntgebonden kosten gemiddeld bijna tien maal groter zijn dan in de care-sector.

Figuur 4 Aandeel personeelskosten in totale bedrijfslasten ziekenhuizen

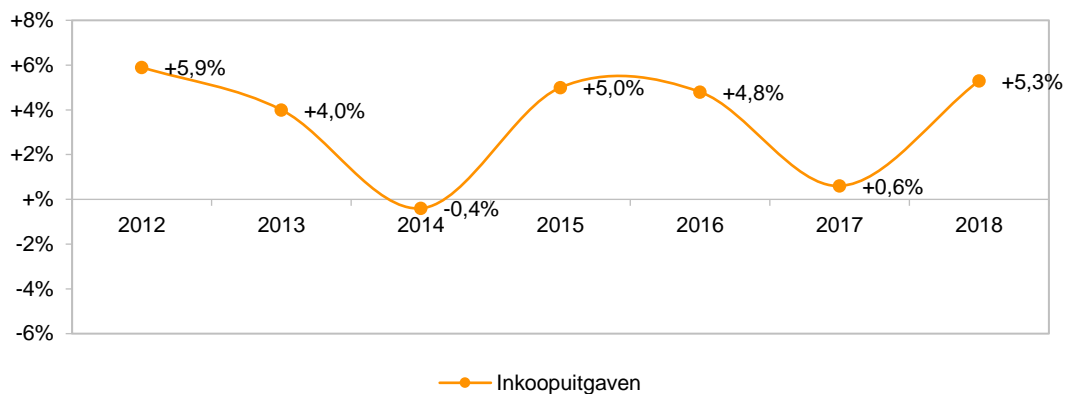




### 3.1 Inkoopuitgaven

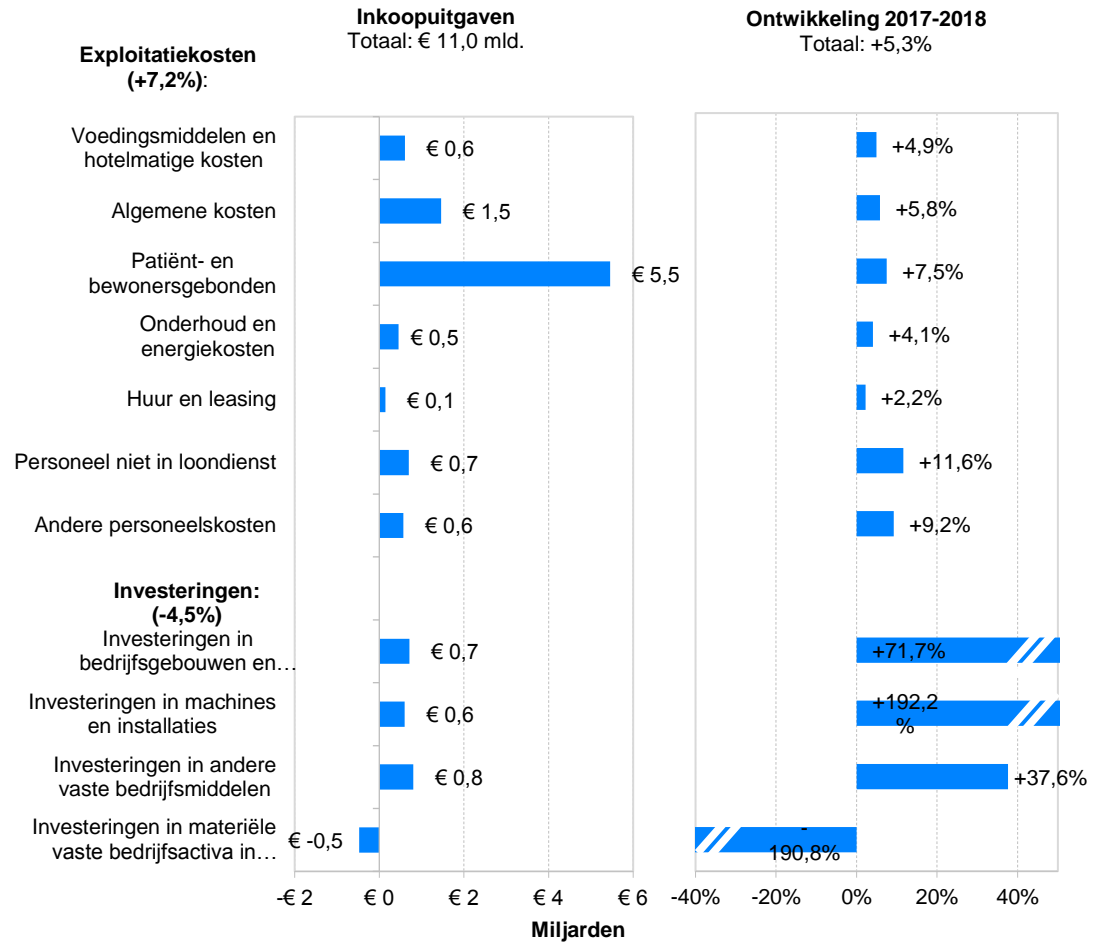
Tot de inkoopuitgaven van een organisatie worden alle inkoopgerelateerde exploitatiekosten en investeringen gerekend. De inkoopuitgaven stijgen in 2018 met +5,3%. Dit is aan de ene kant een gevolg van een aanzienlijke toename van de inkoopgerelateerde exploitatiekosten (+7,2%) en aan de andere kant investeringen die dalen met -4,5%.

Figuur 5 Ontwikkeling inkoopuitgaven ziekenhuizen 2012-2018



Bijna 85%, zo'n € 9,4 mld., van de totale inkoopuitgaven komt voor rekening van de exploitatiekosten. De rest betreft investeringen die over een langere periode worden afgeschreven. Binnen de inkoopgerelateerde exploitatiekosten is het vooral de toename bij personeel niet in loondienst (+11,6%) die opvalt. De patiënt- en bewonersgebonden nemen in 2018 met +7,5% toe.

Figuur 6 Verbijzondering inkoopuitgaven 2018



#### Patiënt- en bewonersgebonden kosten

Patiënt- en bewonersgebonden kosten staan het dichtst bij de kernactiviteit van ziekenhuizen. Uit aanvullende grootboekanalyses van Intrakoop blijkt dat gemiddeld rond de 65% hiervan wordt uitgegeven aan kosten voor behandeling en 15-20% aan onderzoeksfuncties (beeldvormende techniek, functie- en laboratoriumonderzoek). Het restant betreft vooral instrumenten, katheters en toedienings- en afnamesystemen.

Na de geringe kostenstijging van +1,8% in 2017 lijkt de sector weer terug op het niveau van voorgaande jaren. In de periode 2014-2016 was sprake van groeipercentages rond de +5%.

Uit aanvullende analyses van Intrakoop blijkt dat de patiëntgebonden kosten voor 35-40% bestaan uit medicijnen, bestralingsmiddelen en dialysebenodigdheden. Een belangrijke verklaring voor de hogere patiënt- en bewonersgebonden kosten ligt dan ook in de hogere uitgaven aan dure geneesmiddelen. Deze hogere kosten worden overigens wel doorberekend in de opbrengsten. Zo ziet bijvoorbeeld het HagaZiekenhuis de patiënt- en bewonersgebonden kosten als gevolg van duurdere geneesmiddelen fors stijgen van € 137 mln. naar € 210 mln. (+53%). De sterkste stijging in de sector is echter te zien bij het Prinses Máxima Centrum voor Kinderoncologie. Door een toename van het aantal patiënten stijgen de patiëntgebonden kosten daar van € 16 mln. naar € 41 mln. (+162%).

De toename roept de vraag op of sectorbreed een relatie te leggen is met een stijgend aantal patiënten. Het aantal klinische opnamen is in 2018 echter met -2,9% gedaald en ligt daarmee in lijn met 2016 en 2017 (toen: -1,9% en -3,0%). Als gevolg hiervan is ook het aantal klinische verpleegdagen gedaald met -3,4%. Het past in de trend van de afgelopen jaren waarin de kosten per patiënt verder stijgen als gevolg van nieuwe en vaak duurdere behandelmethodes.

### **Algemene kosten**

De algemene kosten vormen met € 1,5 mld. de op één na grootste kostensoort bij ziekenhuizen: zo'n 15% van de totale inkoopgerelateerde kosten. De sector ziet deze kosten, die kunnen worden gerekend tot de overhead, in 2018 toenemen. De algemene kosten, waaronder uitgaven aan administratie en registratie, communicatie, accountants- en externe advisering, stijgen met +5,8%. Veelal is er sprake van inhuur van externe capaciteit en van advieskosten die te maken hebben met ICT-gerelateerde projecten zoals de implementatie van een nieuw informatiesysteem (o.a. IJsselland ziekenhuis).

### **Onderhoud en energie**

Vanaf het verslagjaar 2012 werden in de DigiMV-jaarrekening de kosten voor energie en onderhoud uitgesplitst, waarbij de energiekosten verder werden verbijzonderd naar uitgaven aan aardgas, elektra en kosten voor transport. Het gaf daarmee een indruk van de energieverduurzaming van de sector. De jaarrekening voor het verslagjaar 2018 maakt dit onderscheid niet langer en kent uitsluitend de kostensoort 'onderhoud en energiekosten'.

In 2018 is in de ziekenhuissector € 456 mln. uitgegeven aan onderhouds- en energiegerelateerde kosten, zo'n 5% van de totale inkoopkosten. Uit door Intrakoop uitgevoerde aanvullende grootboekanalyses blijkt dat circa de helft van de onderhouds- en energiekosten is toe te wijzen aan energie (49%). Het overige deel komt voor rekening van onderhoud (51%). De kosten van onderhoud en energie stijgen in 2018 met +4,1%.

### **Investeringsen**

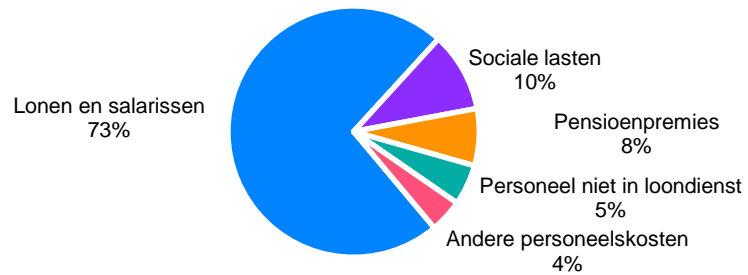
De investeringen laten op het eerste oog een sterke toename zien. De ingebruikname van nieuwbouw door het Erasmus MC, de grootste zorgaanbieder van Nederland, speelt hierbij een belangrijke rol. Het verklaart grotendeels de sterke toename van de investeringen in bedrijfsgebouwen en terreinen en de afname in de investeringen in materiële vaste activa in uitvoering en vooruitbetalingen.

Zonder het Erasmus MC ziet de sector de investeringen in de belangrijkste categorie – die van de overige vaste bedrijfsmiddelen waartoe ook de technische en administratieve uitrusting, zoals de investeringen in ICT worden gerekend – toenemen met + 17,3%. De investeringen in bedrijfsgebouwen en terreinen stijgen met +12,2% en de investeringen in machines en installaties met +8,3%.

## 3.2 Personeelskosten

Bijna driekwart van de totale personeelskosten van ziekenhuizen (=73%) bestaat uit lonen en salarissen. In totaal stijgen de personeelskosten in 2018 met +4,2%. De personeelskosten stijgen daarmee sterker dan de afgelopen jaren (respectievelijk +2,9% in 2016 en +2,1% in 2017). In totaal bedragen de personeelskosten van de onderzochte ziekenhuizen in 2018 € 13,4 mld.

Figuur 7 Verbijzondering personeelskosten ziekenhuizen 2018



Onder de personeelskosten vallen:

- Lonen en salarissen
- Sociale lasten
- Pensioenpremies
- Personeel niet in loondienst (inkoopgerelateerd)
- Andere personeelskosten (grotendeels inkoopgerelateerd)

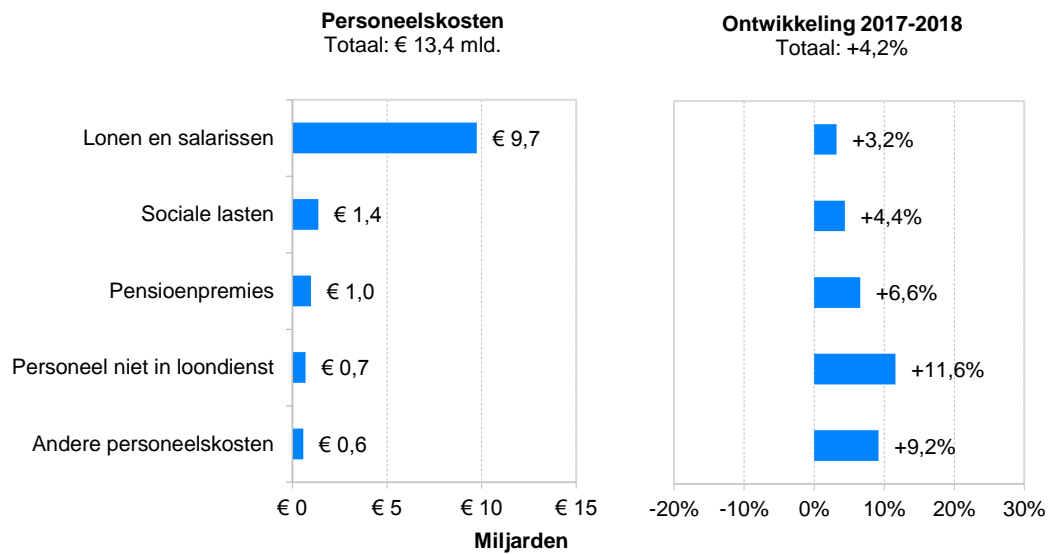
De ziekenhuizen zien de kosten voor inhuur derden in 2018 met +11,6% sterk toenemen, nadat deze eerder in 2017 al met +10,3% waren gestegen. De stijging is een direct gevolg van de krapte op de arbeidsmarkt. Het ziekenhuis met de sterkste stijging is het Prinses Máxima Centrum voor Kinderoncologie, dat in haar eerste operationele jaar de uitgaven voor inhuur van externe medewerkers bijna ziet verviervoudigen: € 4,6 mln. in 2017 naar € 15,9 mln. in 2018. De krapte op de arbeidsmarkt levert ook een bijdrage aan de stijging van de 'andere personeelskosten' (+9,2%) door de incentives die ziekenhuizen inzetten om medewerkers te behouden en de kosten die gepaard gaan met de werving van nieuw personeel.

In totaal bedragen de kosten voor personeel niet in loondienst bij de onderzochte ziekenhuizen € 700 mln. Het aandeel van personeel niet in loondienst (PNIL) bedraagt 5% van de totale personeelskosten. In vergelijking met andere sectoren zoals de VVT, GGZ en gehandicaptenzorg, is het aandeel PNIL bij de ziekenhuizen het kleinst.

De lonen en salarissen stijgen in 2018 met +3,2% iets sterker dan de 2,0% die in de CAO is overeengekomen. Het surplus van 1,2 productpunt komt voor rekening van periodieken en andere salarisverhogingen/promoties.

Zie figuur 8 op de volgende pagina voor een overzicht.

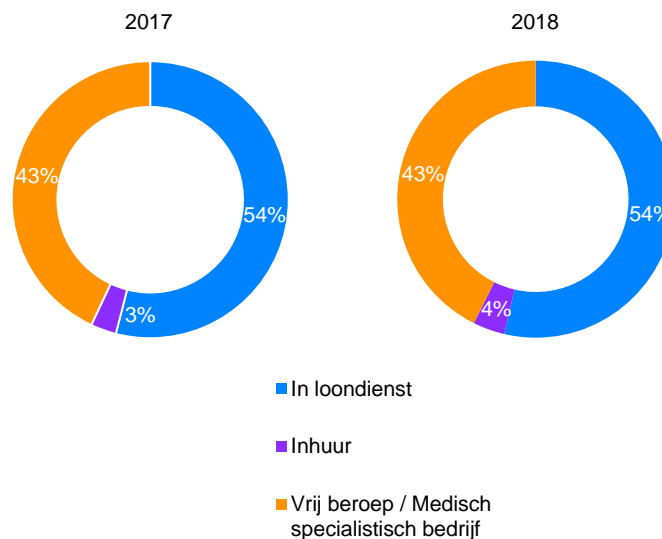
Figuur 8 Verbijzondering personeelskosten 2018



Bij de onderzochte ziekenhuizen zijn ruim 256.000 personeelsleden werkzaam. Het betreft zo'n 186.000 fte. Hiervan is 68% van de functies te typeren als 'patiëntgebonden'. De overige 32% betreft overheadfuncties. In de onderzochte ziekenhuizen zijn in totaal 13.600 fte werkzaam als medisch specialist<sup>4</sup>. Hiervan is ruim de helft (=54%) in loondienst, een percentage dat nagenoeg onveranderd is ten opzichte van 2017.

Ten opzichte van 2017 is het aantal stagiaires in de sector gedaald met -6,3% naar een totaal van 9.524 plaatsen. De sector is in 2018 ondersteund door 20.907 vrijwilligers.

Figuur 9 Medisch specialisten naar organisatievorm

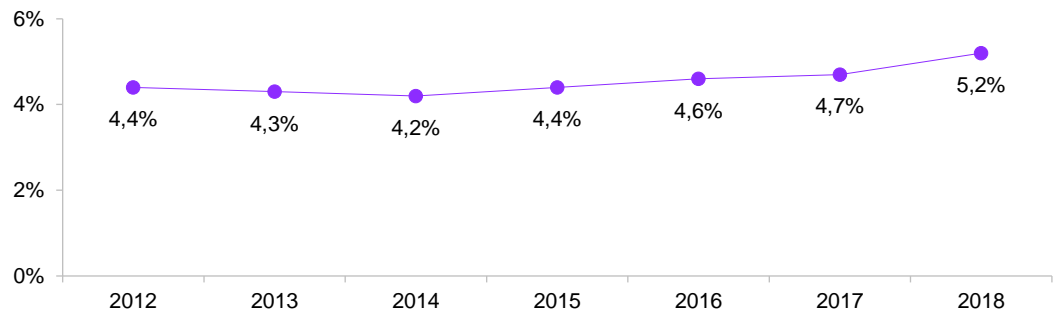


<sup>4</sup> Inclusief psychiaters PAAZ/PUK.

De ziekenhuizen zien het aantal vacatures in 2018 met +9,4% stijgen naar in totaal 8.095 vacatures. Het betreft voor 58% patiëntgebonden vacatures: in totaal bijna 4.800 vacatures. De onderzochte ziekenhuizen telden in 2018 1.360 'moeilijk vervulbare' patiëntgebonden vacatures. Dit zijn vacatures die langer dan drie maanden open staan zonder een geschikte kandidaat te vinden. Het aantal moeilijk vervulbare vacatures is in 2018 gestegen met +39%.

Het gemiddelde verzuimpercentage ligt in 2017 op 5,2%. Gelet op de meerjarentrend is over de afgelopen vijf jaar sprake van een groei in kleine stapjes, komend van 4,2% verzuim in 2014. Het toenemende verzuim hangt mogelijk samen met het groeiend personeelstekort. Ondanks de toename kennen ziekenhuizen echter nog altijd een lager verzuim in vergelijking met andere deelsectoren van de gezondheidszorg, zoals de VVT, GGZ en de gehandicaptenzorg.

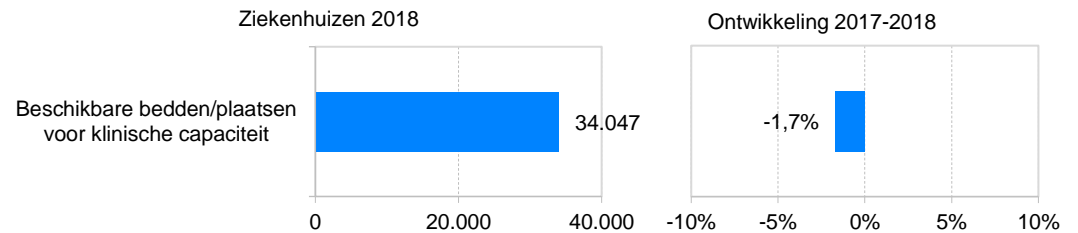
Figuur 10 Ontwikkeling ziekteverzuim ziekenhuizen 2012-2018



## 4. Capaciteit en productie

Hoewel de klinische capaciteit uitgedrukt in het aantal beschikbare bedden in 2017 incidenteel licht toenam (+0,4%), daalt de capaciteit in 2018 weer, en wel met -1,7%. Het past in de trend van de afgelopen jaren waarin ziekenhuizen met hun capaciteit inspelen op het geringere aantal klinische opnamen. De 78 onderzochte ziekenhuizen hebben samen een capaciteit van 34.047 bedden.

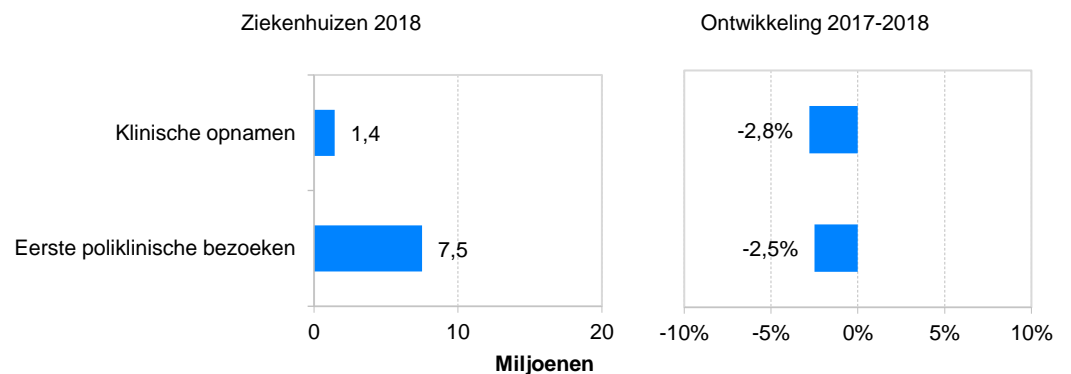
Figuur 11 Capaciteit onderzochte ziekenhuizen



De ziekenhuizen kennen in 2018 in totaal ruim 1,4 mln. klinische opnamen. Ook afgelopen jaar zet de dalende trend door. Het aantal klinische opnamen daalt in 2018 met -2,8%. Dit vertaalt zich door in het aantal klinische verpleegdagen dat in 2018 eveneens is gedaald, met -3,4%.

Ook het aantal eerste poliklinische bezoeken is in vergelijking met 2017 met -2,5% iets gedaald naar een totaal van 7,5 mln. bezoeken. Poliklinische handelingen worden steeds vaker ondergebracht in de eerste lijn bij de huisarts of worden overgenomen door zelfstandige behandelcentra.

Figuur 12 Aantal poliklinische bezoeken en klinische opnamen ziekenhuizen



Doordat de daling van het aantal klinische opnamen en het aantal verpleegdagen gepaard gaat met een iets minder sterke afbouw van de capaciteit, daalt de bezettingsgraad. De gemiddelde bezetting van een ziekenhuisbed ligt bij de onderzochte ziekenhuizen op 58%. De gemiddelde ligduur is in vergelijking met 2017 weer iets gedaald: van 5,1 naar 5,0 dagen.

© 2019 Intrakoop en Verstegen accountants en adviseurs. Overname of reproductie van de inhoud van deze rapportage, op welke wijze dan ook, is uitsluitend toegestaan met bronvermelding 'Intrakoop en Verstegen accountants en adviseurs: Jaarverslagenanalyse Zorgsector 2018'. Het gegevensbestand dat ten grondslag ligt aan deze rapportage is eigendom van Intrakoop en voor geïnteresseerden tegen vergoeding opvraagbaar.

**Intrakoop u.a.**

Regterweistraat 11a, 4181 CE Waardenburg  
Postbus 67, 4180 BB Waardenburg  
<http://www.intrakoop.nl>  
<http://twitter.com/intrakoop>

**Verstegen accountants en adviseurs**

Noordendijk 189, 3311 RN Dordrecht  
Postbus 574, 3300 AN Dordrecht  
<http://www.verstegenaccountants.nl>  
<http://twitter.com/VerstegenAcc>