

# Allocatie professionals in de curatieve zorg

---

**BPSEconomics**

**CAOP**

Jos L.T. Blank  
Janneke A. Wilschut  
Mei 2015



# Inhoudsopgave

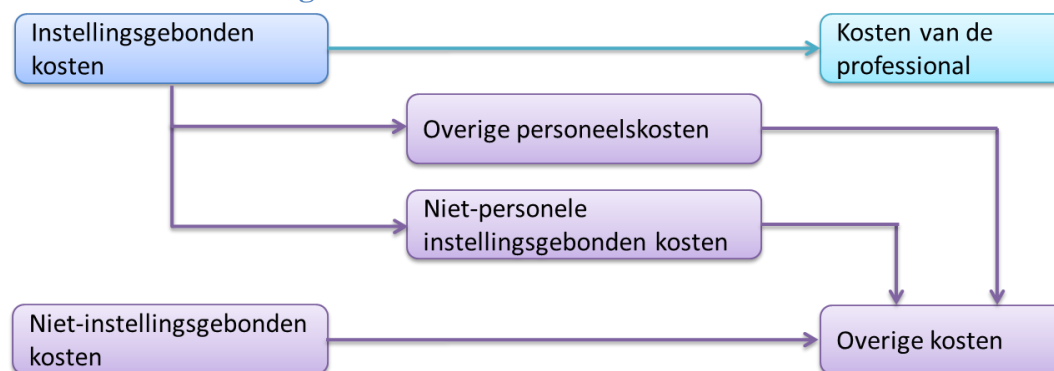
<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>9</b>
<b>2 Gegevens</b>	<b>11</b>
2.1 Inleiding	11
2.2 Gegevensbronnen	11
2.3 Bewerkingen	13
<b>3 Resultaten</b>	<b>15</b>
3.1 Sectorale ontwikkelingen in de tijd	15
3.1.1 Uitgaven en financiering zorgsector	15
3.1.2 Ziekenhuizen	18
3.1.3 Geestelijke gezondheidszorg	20
3.1.4 Extramurale zorg: huisartsen, tandartsen en paramedici	22
3.1.5 Overige curatieve zorg: leveranciers van geneesmiddelen, leveranciers van therapeutische middelen en overige verstrekkers	26
3.2 Intersectorale vergelijking	27
3.3 Conclusies	30
<b>Referenties</b>	<b>33</b>
<b>4 Bijlagen</b>	<b>35</b>



## Samenvatting

Dit rapport is een verkenning naar de verhouding tussen overige kosten en professionals binnen de curatieve zorg. Overige kosten verwijzen hierbij naar alle kosten binnen de curatieve zorg met uitzondering van de personeelskosten voor de professionals. Professionals zijn werknemers die over speciale kwalificaties beschikken om een taak in het primaire proces uit te voeren, zoals verpleegkundigen en medici (specialisten of huisartsen). Om professionals hun werk goed te kunnen laten doen, moeten zij adequaat worden gefaciliteerd. Overige kosten zijn dus gelieerd aan genoemde facilitering en kunnen variëren van apparatuur in een ziekenhuis tot de inspecteur bij de inspectiedienst. Overige kosten zijn onder te verdelen in overige personeelskosten, overige instellingsgebonden kosten en niet-instellingsgebonden kosten (zie schema 0-1). Tot de laatste groep behoren de kosten gemaakt door ministeries, toezichthouders en dergelijke. In deze verkenning wordt de curatieve zorg verder uitgewerkt (medisch specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg (ggz), extramurale zorg en overig curatieve zorg). De extramurale zorg omvat hier huisartsen, tandartsen en paramedici. De overige curatieve zorg heeft betrekking op de geneesmiddelenverstrekking, therapeutische hulpmiddelen, ambulancediensten, praktijken voor psychologen, praktijken voor alternatieve gezondheidszorg en zorgaanbieders in het buitenland.

**Schema 0-1 Verdeling kosten binnen een beleidsterrein**



De twee centrale vragen in deze verkenning hebben betrekking op de samenstelling van de totale kosten volgens bovenstaand schema en de samenstelling van het personeel. Uit gegevens van onder meer het CBS worden de verhoudingscijfers voor een reeks van jaren berekend voor de onderscheiden voorzieningen.

In de curatieve zorg gaat in 2013 een bedrag om van € 50 miljard instellingsgebonden kosten. De helft hiervan heeft betrekking op de ziekenhuizen. Bijna een kwart gaat naar overige curatieve zorg. Ruim een kwart heeft betrekking op de ggz en de extramurale zorg.

In totaal heeft meer dan de helft van de kosten in de curatieve zorg betrekking op het personeel (tabel 0-1). Het kostenaandeel van artsen en specialisten bedraagt 18 pro-

cent en van verpleegkundigen 10 procent. Meer dan de helft van de personeelskosten heeft dus betrekking op professionals. De overige kosten zijn kosten voor personeel zonder BIG-registratie en overige instellingsgebonden kosten zoals apparatuur. De niet-instellingsgebonden kosten in de curatieve zorg bedragen 2,8 miljard euro. Dit is vijf procent van het totale bedrag.

**Tabel 0-1 Kosten verdeling Curatieve zorg, 2013 (in procenten)**

	Zkh	Ggz	Extram	Overig	Totaal
<b>Kosten</b>					
Instellingsgebonden	48	11	14	22	95
medisch personeel	9	2	6	1	18
verpleegkundigen	7	2	0	1	10
overig personeel	13	4	2	4	24
overige kosten	19	3	5	16	43
Niet-instellingsgebonden					5
Totaal					100

Noot: totale kosten curatieve zorg bedragen in 2013 52,8 miljard euro.

De verdeling van de instellingsgebonden kosten verschilt per sector. Deze staan niet expliciet vermeld in tabel 0-1, maar zijn hieruit af te leiden. Het aandeel personeelskosten is het hoogst in de ggz (ruim 70 procent), ongeveer 60 procent in de ziekenhuizen en de extramurale zorg en het laagst in de overige zorg (26 procent). Omdat geneesmiddelen onder overige zorg vallen, zijn de personeelskosten naar verhouding laag. Ook de verdeling van de kosten over het type personeel verschilt per sector. In de extramurale zorg zijn de kosten van de professionals naar verhouding hoog. In de ziekenhuizen en de ggz zijn de kosten van professionals iets hoger dan van het overige personeel. In de overige zorg zijn de kosten van de professionals juist lager dan de kosten van het overige personeel.

Tabel 0-1 heeft betrekking op het jaar 2013. Vanzelfsprekend wijken de bedragen in 2013 sterk af van die in 2005. Dit geldt echter niet voor de verschillende aandelen. Deze zijn tussen 2005 en 2013 nauwelijks gewijzigd. De ontwikkeling van de kosten verschilt wel enigszins tussen de sectoren (zie tabel 0-2). De kosten van de ziekenhuizen zijn met 50 procent over de periode 2005-2013 het sterkst toegenomen. De stijging van de sector overig blijft hier sterk bij achter. Dit effect wordt deels veroorzaakt door een daling na 2011 die te maken heeft met de overheveling van enkele dure geneesmiddelen naar de uitgaven van de ziekenhuizen. De kosten in de extramurale zorg stegen vooral aan het begin van de periode, maar er lijkt nu zelfs sprake van een daling.

Tabel 0-2 Ontwikkeling van de kosten per sector (index 2005 = 100)

	zkh	Ggz	Extram	overig	totaal
2005	100	100	100	100	100
2006	104	105	111	104	105
2007	110	113	119	110	112
2008	122	120	125	115	120
2009	129	129	130	116	125
2010	136	132	134	120	131
2011	136	138	142	123	133
2012	142	142	143	121	136
2013	150	146	140	117	139



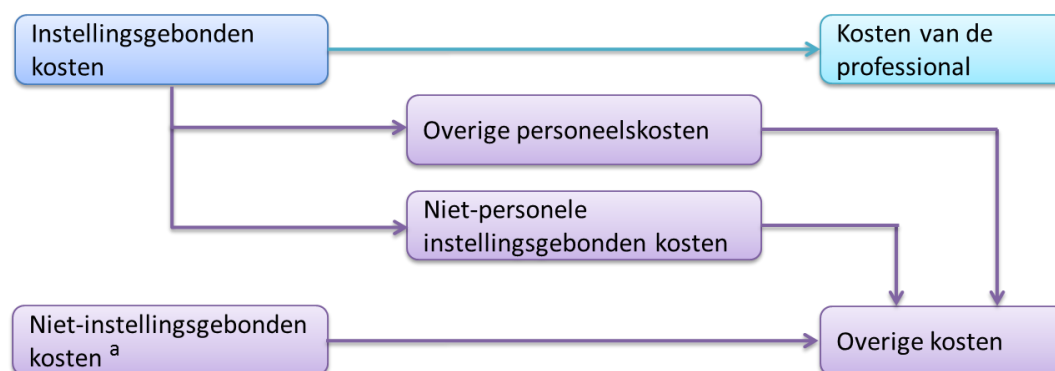


# 1 Inleiding

Het doel van dit onderzoek is om de verhouding tussen de inzet van professionals en de overige kosten binnen de curatieve zorg in kaart te brengen. Deze studie ligt in het verlengde van eerdere studies rondom dit thema naar het onderwijs en politie en justitie. Onder professionals verstaan we hier de werknemers die direct verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van het primaire proces. Het betreft hier een categorie werknemers die speciaal opgeleid of getraind zijn om een bepaalde taak uit te voeren. Werknemers mogen deze taak alleen uitvoeren omdat zij over bepaalde in de wet vastgelegde kwalificaties en competenties beschikken. Voorbeelden hiervan zijn artsen, verpleegkundigen, leraren, agenten en rechters. In dit rapport gaat het specifiek om zorgpersoneel zoals artsen en verpleegkundigen.

Om deze professionals hun werk te kunnen laten doen, is het noodzakelijk dat zij kunnen werken binnen een goede sociale en fysieke infrastructuur en dat zij adequaat worden gefaciliteerd. Dit kan variëren van ICT tot en met adequate wet- en regelgeving. Tot deze facilitaire structuur behoort dus de financiële administratie van een ziekenhuis, maar ook de beleidsambtenaar van het ministerie van VWS. Alle ingezette middelen gemoeid met het in stand houden van deze facilitaire activiteiten duiden we aan met overige kosten voor de professional. Belangrijk is op te merken dat dus het gehele netwerk of de keten binnen een beleidsterrein moeten worden meegenomen. Deze aanpak onderscheidt zich dus van IPSE rapporten waarbij de uitvoering (bijvoorbeeld door ziekenhuizen) centraal staan. Deze kosten noemen we instellingsgebonden kosten. Kosten van inspecties, uitvoeringsorganen en dergelijke blijven in die context dan buiten het zicht. Deze kosten duiden we aan met niet-instellingsgebonden kosten. De indeling in verschillende kostensoorten zijn gemaximaliseerd in het volgende schema samengevat:

**Schema 1-1 Verdeling kosten binnen een beleidsterrein**



<sup>a)</sup> Kosten van onder meer het ministerie, de toezichthouders en de begeleidingsdiensten.

De twee centrale vragen zijn:

1. Hoe ziet de samenstelling van de kosten binnen de curatieve zorg eruit, conform bovenstaande indeling?
2. Is er in de afgelopen jaren sprake geweest van een verandering in deze samenstelling?

De analyses zijn puur exploratief en niet bedoeld voor normatieve uitspraken over te hoge of lage verhoudingscijfers. Verwijzingen naar begrippen als overhead en bureaucratie zijn hier doelbewust vermeden vanwege hun negatieve connotatie. Het vergelijken tussen sectoren is weinig zinvol, omdat het duidelijk is dat bijvoorbeeld ziekenhuizen gebruik maken van dure technologie wat leidt tot andere verhoudingen dan in een psychologenpraktijk, waar vooral sprake is van personele inzet.

In deze studie richten we ons op de curatieve zorg, en laten we de langdurige zorg en de welzijnssector buiten beschouwing. Naast de intramurale zorg in de ziekenhuizen en geestelijke gezondheidszorg bekijken we ook de extramurale zorg van de huisartsen, tandartsen, paramedische praktijken, geneesmiddelen (inclusief therapeutische middelen en hun leveranciers) en verstrekkers van overige gezondheidszorg (ambulancediensten, praktijken van psychologen, praktijken voor alternatieve gezondheidszorg en zorgaanbieders in het buitenland).

De niet-instellingsgebonden kosten zijn over het algemeen kosten die voor de hele zorgsector gemaakt worden en niet eenvoudig zijn toe te delen aan de curatieve zorg. Laat staan dat ze aan een bepaald type professional zijn toe te rekenen. De meest zinvolle manier om toe te delen is op basis van de verhouding van de instellingsgebonden kosten tussen curatieve en langdurige zorg.

De aanpak ziet er verder als volgt uit. Eerst worden over een reeks van jaren de gewenste gegevens verzameld. Op basis hiervan worden de verschillende analyses uitgevoerd en conclusies getrokken over de samenstelling van de kosten. Ook komt de samenstelling van het aantal voltijdbanen naar de verschillende personeelscategorieën aan bod. Het rapport wordt afgesloten met een aantal conclusies.

## 2 Gegevens

### 2.1 Inleiding

Voorafgaand aan de beschrijving van de gegevens is het belangrijk om op te merken, dat er voor sommige gegevens meerdere gegevensbronnen zijn, die niet altijd consistent met elkaar lijken. Dit heeft te vaak maken met (kleine) definitieverschillen waardoor verschillen ontstaan tussen bronnen. Ook bij gebruik van eenzelfde bron kan door de tijd heen een definitiewijziging plaatsvinden of een gewijzigde vorm van administratie/ gegevensverzameling plaatsvinden. Bij het gebruik van tijdreeksen moeten we voor dergelijk effecten beducht zijn. Als een bepaalde kostensoort door de tijd heen toe- of afneemt, kan dit heel goed het gevolg zijn van een administratieve verandering.

Verder is het goed om aandacht te hebben voor het verschil tussen overheidsuitgaven aan zorg en kosten van zorginstellingen. Hoewel de twee begrippen een hoge correlatie hebben hoeven de twee begrippen niet één op één met elkaar overeen komen. Kosten van zorginstellingen worden afgeleid uit de exploitatie, terwijl de overheidsuitgaven een reflectie zijn van de bekostigingsstromen. Als er dus winsten of verliezen optreden in de exploitatie, ontstaat er dus al een verschil tussen kosten en uitgaven. Ook kunnen kleine afbakeningsverschillen optreden, doordat bepaalde typen dienstverlening niet tot het collectieve deel van de zorg behoren.

### 2.2 Gegevensbronnen

Tabel 2-1 toont de bronnen die voor dit onderzoek worden gebruikt. In de tekst maken we aan aantal opmerkingen over de bronnen en gaan we ook in op eventuele alternatieve bronnen.

Tabel 2-1 Overzicht gebruikte gegevens bronnen

Bron	Beschrijving	Periode
1 <b>CBS, Zorgrekeningen</b>	Uitgaven per type zorgaanbieder Financieringsbronnen Niet-instellingsgebonden kosten Arbeidsjaren en brutolonen artsen, verpleegkundigen, overige (para)medici en niet geregistreerde beroepen	2005-2013
2 <b>CBS, Zorginstellingen: Financiën en personeel</b>	Verlies en Winstrekeningen Personeelskosten Overige bedrijfskosten	2006-2012
3 <b>CBS, Praktijken van Zorgverleners</b>	Kosten en opbrengsten praktijken huisartsen, tandartsen, etc.	2005-2012
4 <b>Overige bronnen</b>	NZA, Honoraria medisch specialisten CBS, Winsten medisch specialisten CBS, Winsten zelfstandigen	

### ***CBS, Zorgrekeningen; uitgaven aan zorg***

De *Zorgrekeningen* geven inzicht in de werkgelegenheid en de financiën van de zorgsector. De financiën betreffen de totale uitgaven per type zorgaanbieder (ziekenhuizen, ggz, etc). Deze gegevens worden gebruikt om de verdeling van de uitgaven naar de verschillende branches en de niet-instellingsgebonden uitgaven in kaart te brengen. Daarnaast zijn de financieringsbronnen per type zorgaanbieder uit te splitsen.

De zorgrekeningen bevatten ook gegevens over de werkgelegenheid. De werkgelegenheid betreft aantallen arbeidsjaren en het gemiddelde brutoloon per beroepsgroep van werknemers in loondienst:

- Artsen;
- Verpleegkundigen;
- Overige (para)medici;
- Overige niet geregistreerde beroepen.

Daarnaast zijn er aantallen zelfstandigen opgenomen. De zelfstandigen zijn niet verder uit te splitsen naar beroepsgroep. Het aantal arbeidsjaren per beroepsgroep en de brutolonen worden gebruikt om een verdeling van de personeelskosten te maken naar professional (artsen, verpleegkundigen, overige (para)medici) en overig personeel. De werkgelegenheidscijfers zijn allen uit te splitsen naar de verschillende typen zorgaanbieders.

### ***CBS, Zorginstellingen: Financiën en personeel***

Deze statistiek wordt gebruikt om de verschillende kostensoorten te onderscheiden, in het bijzonder tussen personeelskosten en overige kosten. De personeelskosten uit deze statistiek worden toebedeeld aan de verschillende beroepsgroepen op basis van verhoudingen uit de zorgrekeningen. De kostengegevens van de zorginstellingen achten we betrouwbaarder dan de kosten die af te leiden zijn uit de arbeidsjaren en gemiddelde brutolonen uit de *Zorgrekeningen*. Deze statistiek betreft alleen zorginstellingen, zodat bijvoorbeeld huisartsenpraktijken hier niet onder vallen.

### ***CBS, Zorgpraktijken: Kosten en opbrengsten***

Deze statistiek dient om de overige instellingsgebonden kosten van huisartsen- en tandartsenpraktijken in kaart te brengen. Daarnaast leggen we de arbeidskosten naast de afgeleide kosten op basis van arbeidsjaren en brutolonen uit de zorgrekeningen. Naast financiële gegevens bevat deze statistiek ook het aantal ondernemers. Een deel van deze ondernemers is echter in loondienst bij zichzelf (directeur grootaandeelhouders). De kosten van deze zelfstandigen vallen onder de arbeidskosten van de praktijk. Maar de kosten van de zelfstandigen die niet in dienst is zijn niet in deze statistiek opgenomen. Daarvoor gebruiken we de aantallen zelfstandigen en de winsten uit de *Statistiek winsten zelfstandigen*.

### ***Overige bronnen***

De vrijgevestigde medisch specialisten komen niet voor op de loonlijst van de ziekenhuizen. Om de medisch specialisten goed in kaart te krijgen gebruiken we zowel de *CBS Statistiek Winsten van medisch specialisten* als de *Marktscan medisch specialisten* van de NZA om de honoraria en aantallen vrijgevestigde specialisten in beeld te krijgen.

De huisartsen en tandartsen met een eigen praktijk staan ook slechts in een deel van de gevallen op de loonlijst. De zelfstandigen die niet op de loonlijst staan halen we uit de statistiek Winsten zelfstandigen.

## **2.3 Bewerkingen**

Om de curatieve zorg in kaart te brengen hebben we de uitgaven aan de curatieve zorg aangevuld met een deel van de beleids- en beheerskosten die voor de hele zorgsector worden gemaakt. De toedeling hebben we als volgt gedaan. Voor iedere financieringsbron hebben we in kaart gebracht welk deel naar de curatieve zorg, de langdurige zorg en de overige zorg gaat. Het deel dat naar de beheersorganisaties gaat hebben volgens dezelfde verhouding aan de curatieve zorg toebedeeld. Bijvoorbeeld, vanuit de zorgverzekeringswet (zvw) wordt 38 miljard besteed aan curatieve, langdurige en overige zorg. Daarvan gaat 95 procent naar de curatieve zorg. Daarnaast is er een budget van 2 miljard euro vanuit de zvw die naar de beheersorganisaties gaat. Daarvan hebben we eveneens 95 procent toegerekend aan de curatieve zorg. Een nadere uitleg is te vinden in bijlage A.

Aan de kosten van de ziekenhuizen hebben we de kosten van de vrijgevestigde specialisten toegevoegd op basis van honoraria. De winsten van de specialisten hebben we als personeelskosten gerekend en het restant als overige instellingsgebonden kosten. Daarnaast hebben we het aantal medisch specialisten omgerekend naar voltijdbanen op basis van de gemiddelde omvang van het dienstverband van de overige artsen in het ziekenhuis.

De verdeling van de instellings- en niet-instellingsgebonden kosten van de ggz is gebaseerd op de instellingsgegevens uit de *Statistiek Zorginstellingen*. De psychologenpraktijken vallen hier echter niet onder. Omdat de verhouding tussen de arbeidskosten uit de psychologenpraktijken, aangevuld met het bedrijfsresultaat ten opzichte van de overige kosten goed in de buurt komt van de verhouding binnen de instellingen lijkt dit een acceptabele benadering. De verdeling over de beroepsgroepen is vervolgens weer gebaseerd op de verdeling van arbeidsjaren en brutolonen uit de *Zorgrekeningen*.

Voor de zelfstandige huisartsen en tandartsen hebben we de aantallen omgerekend naar arbeidsjaren op basis van studies van het Nivel. Voor de huisarts zijn we uit gegaan van gemiddeld 0,77 FTE (van Hassel & Kenens, 2013) en voor de tandarts van 0,83 FTE (Kalf & Schepman, 2010). De winsten van de zelfstandigen hebben we bij de personeelskosten opgeteld, net als bij de ziekenhuizen.

Van de zelfstandige paramedici hebben we geen winstgegevens, maar wel gegevens over het bedrijfsresultaat. We hebben de winst hiervan afgeleid op basis van de verhoudingen winst ten opzichte van het bedrijfsresultaat onder de huisartsen en tandartsen. We zijn bij de omrekening van aantallen paramedici naar arbeidsjaren uit gegaan van gemiddeld 0,9 FTE op basis van een studie onder fysiotherapeuten (Kenens & Hingstman, 2009).



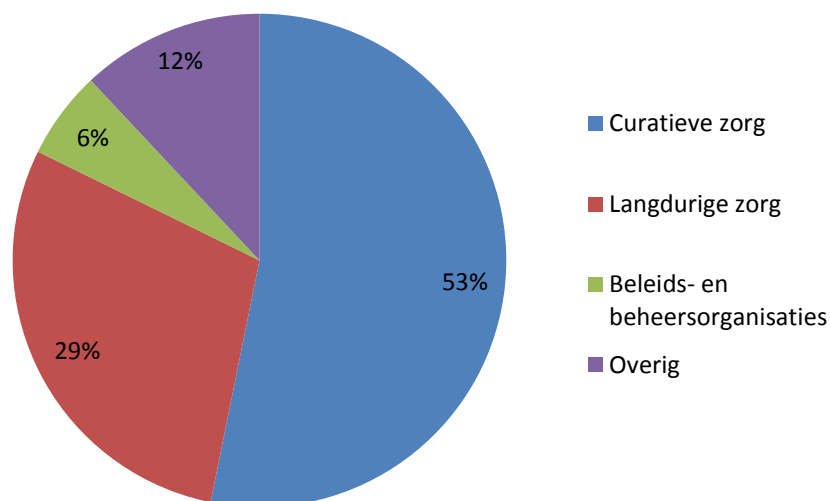
## 3 Resultaten

### 3.1 Sectorale ontwikkelingen in de tijd

#### 3.1.1 Uitgaven en financiering zorgsector

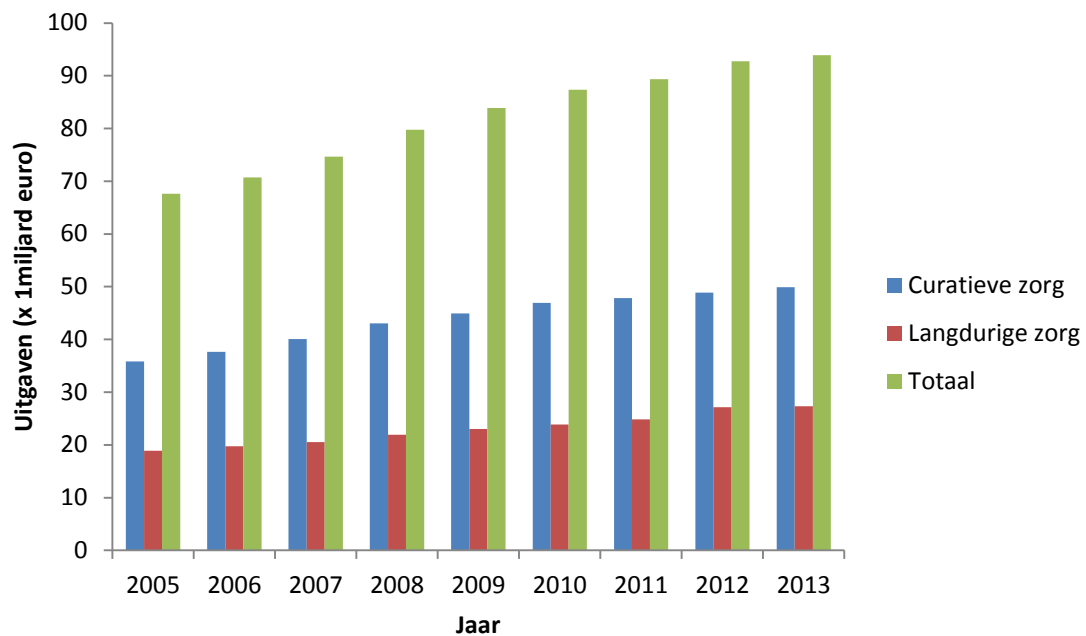
De totale uitgaven aan de zorg bedragen in 2013 93,9 miljard euro. Meer dan de helft (53 procent) komt ten goede aan de curatieve zorg en 29 procent gaat naar de langdurige zorg. Dan zijn er nog overige uitgaven aan GGD-en, kinderopvang, arbodiensten etc. De overige uitgaven zijn 12 procent van het totale zorgbudget. De beleids- en beheersorganisatie zijn de overheid, uitvoeringsorganisaties van de zorgverzekering en de AWBZ, maar ook het RIVM, bloedbanken, laboratoria en de Voedsel en Waren autoriteit. De totale uitgaven van deze organisaties zijn 6 procent van het totale zorgbudget. De verdeling is voor eerdere jaren nagenoeg hetzelfde.

Figuur 3-1 Verdeling van de uitgaven, 2013



Figuur 3-2 laat de ontwikkeling van de uitgaven zien. De totale zorguitgaven nemen met 38 procent toe sinds 2005. De stijging van de uitgaven in de curatieve zorg is nagenoeg gelijk hieraan met 39 procent. In de langdurige zorg nemen de uitgaven iets meer toe, namelijk met 44 procent. De stijging in de curatieve zorg is het grootst in de jaren na de stelselwijziging in 2006.

Figuur 3-2 Ontwikkeling uitgaven aan de curatieve, langdurige en totale zorgsector

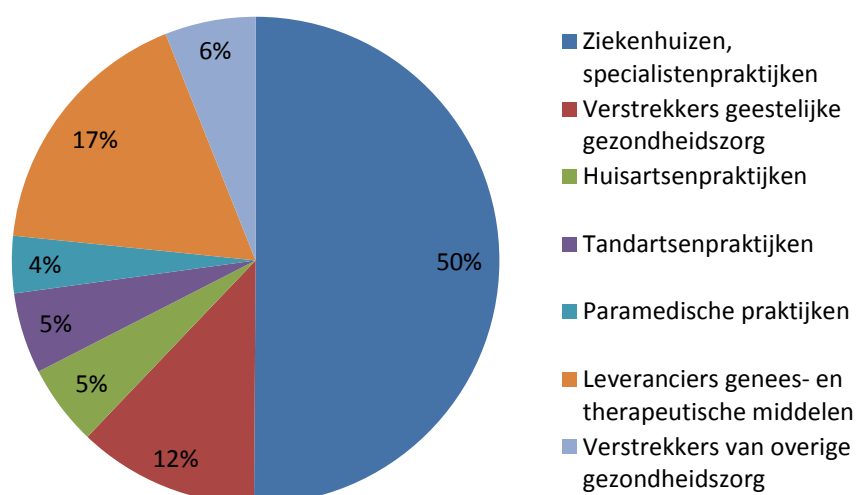


In deze studie beperken we ons tot de curatieve zorg. Daaronder verstaan we de:

- Ziekenhuizen;
- Geestelijke gezondheidszorg;
- Extramurale zorg:
  - Huisartsen;
  - Tandartsen;
  - Paramedische praktijken;
- Overige (curatieve) zorg:
  - Leveranciers van geneesmiddelen;
  - Leveranciers van therapeutische middelen;
  - Verstrekkers van overige gezondheidszorg (ambulancediensten, praktijken van psychologen, praktijken voor alternatieve gezondheidszorg en zorgaanbieders in het buitenland).

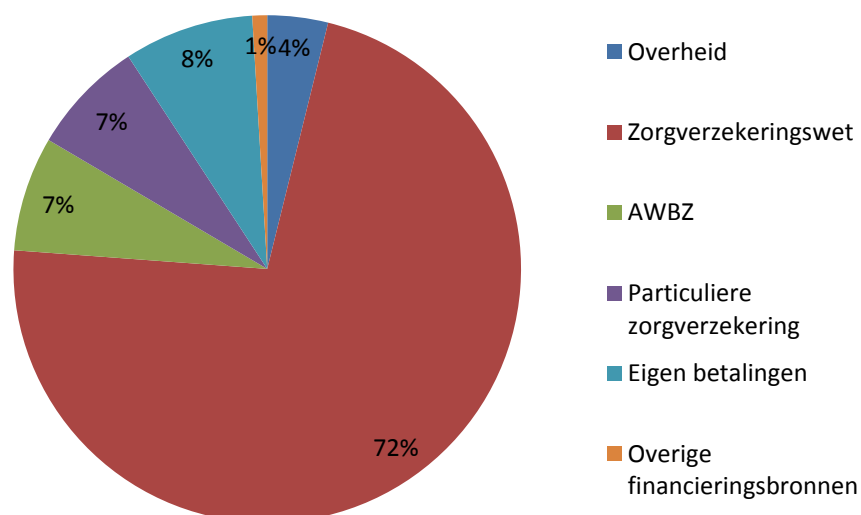


Figuur 3-3 Verdeling van uitgaven in de curatieve zorg, 2013



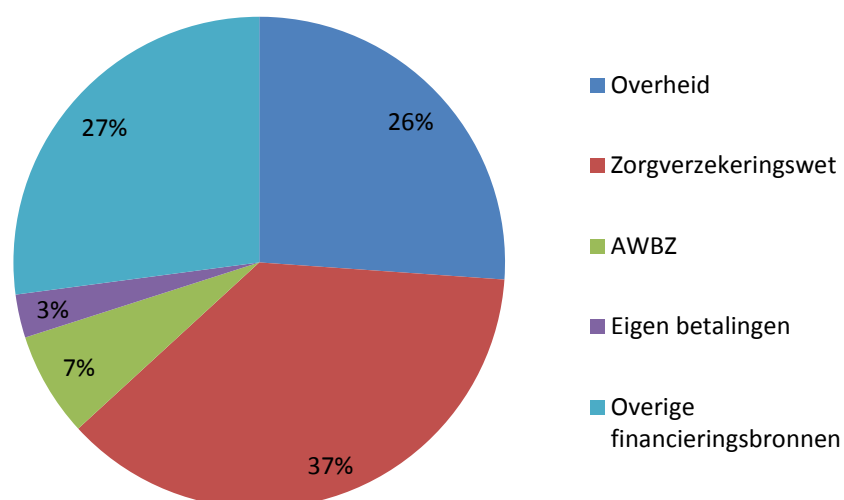
De curatieve zorg wordt grotendeels uit de zorgverzekeringswet gefinancierd: het aandeel van de zorgverzekeringswet in de totale financiering is 72 procent. Daarnaast komt een deel van de gelden uit de AWBZ, de particuliere zorgverzekering en de eigen betalingen (in totaal 22 procent). De overige bijdragen komen vanuit de overheid en overige financieringsbronnen.

Figuur 3-4 Verdeling uitgaven curatieve zorg naar financieringsbron, 2013



Een deel van de uitgaven aan beleids- en beheersorganisaties worden gemaakt ten behoeve van de curatieve zorg. Deze uitgaven hebben we op basis van de financieringsbronnen toebedeeld (zie paragraaf 2.3). In totaal rekenen we 51 procent van de uitgaven aan beleids- en beheersorganisaties toe aan de curatieve zorg, ofwel 2,4 miljard euro.

Figuur 3-5 Verdeling uitgaven beleids- en beheersorganisaties en overige zorg naar financieringsbron, 2013

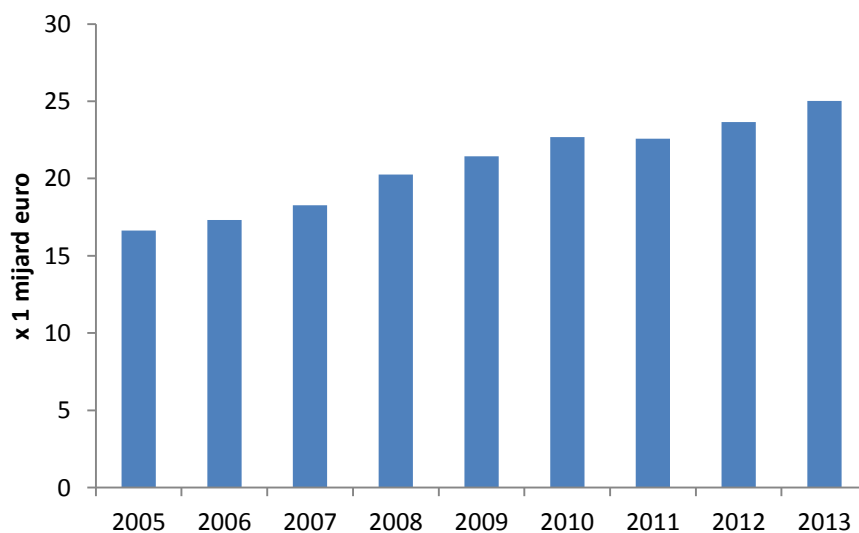


In de volgende paragrafen gaan we verder in op de verschillende deelsectoren van de curatieve zorg.

### 3.1.2 Ziekenhuizen

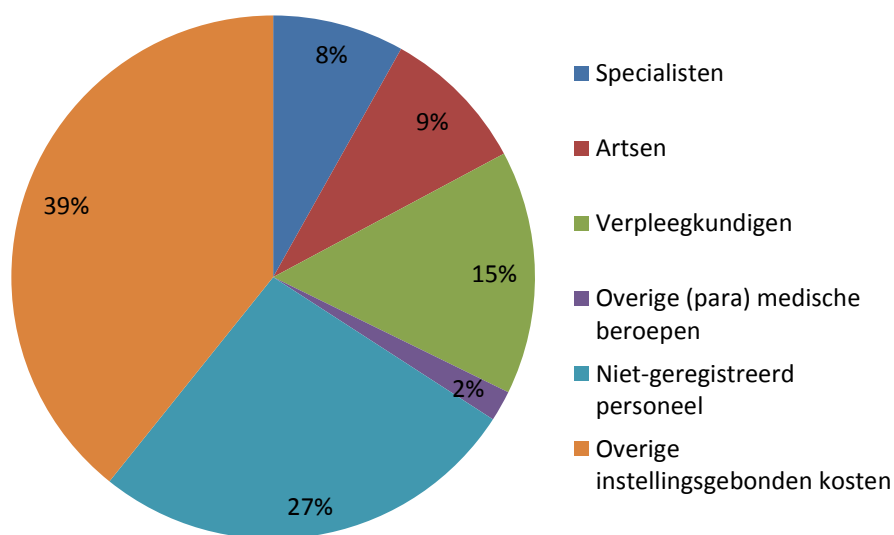
Ongeveer 27 procent van het totale zorgbudget wordt besteed aan ziekenhuiszorg. In 2013 komt dat overeen met 25 miljard euro. De uitgaven aan de ziekenhuiszorg stijgen sinds 2005 met 50 procent. Daarmee ligt de groei in de ziekenhuiszorg hoger dan gemiddeld in de curatieve zorg. De stijging van de uitgaven is het grootst in de periode 2007-2010, vlak na de stelselwijzigingen in de sector. Vanaf 2012 is een deel van de uitgaven aan geneesmiddelen overgeheveld aan het budget van de ziekenhuizen. Een inschatting van de kosten van die geneesmiddelen is 1,2 miljard euro (Zorginstituut Nederland).

Figuur 3-6 Ontwikkeling uitgaven aan de ziekenhuiszorg



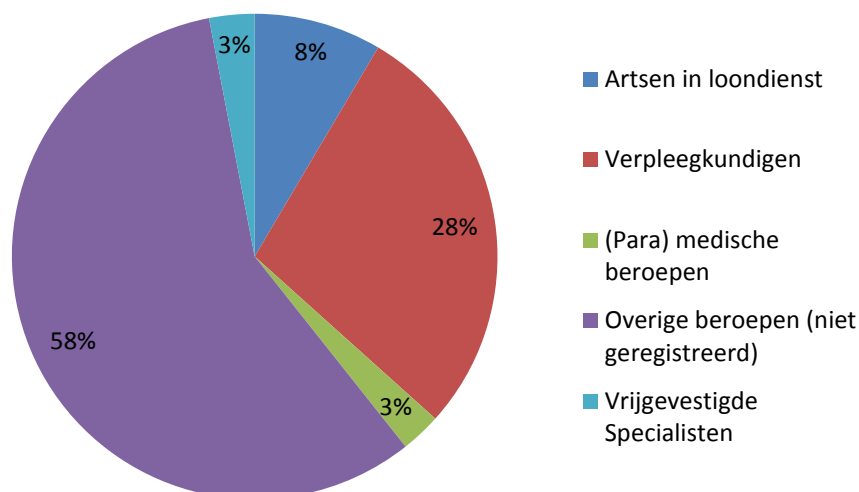
De verdeling van de uitgaven in de ziekenhuiszorg wordt in figuur 3-7 weergegeven. De personeelskosten bedragen in totaal 61 procent van de kosten van de ziekenhuizen, ofwel 15,3 miljard euro. In totaal gaat 34 procent van de totale ziekenhuisuitgaven naar professionals en 27 procent naar personeel zonder BIG-registratie. De overige instellingsgebonden kosten zijn 39 procent. De stijging van de uitgaven aan de ziekenhuizen is op al deze posten terug te vinden. De verdeling van de uitgaven over deze posten blijft daardoor gelijk over de jaren.

**Figuur 3-7 Verdeling van uitgaven van de ziekenhuizen, 2013**



In figuur 3.8 wordt de verdeling van arbeidsjaren van de verschillende beroepsgroepen weergegeven in de ziekenhuissector. Het betreft in totaal 224 duizend arbeidsjaren. Het grootste deel van het personeel betreft de niet-geregistreerde beroepen (58 procent). Ongeveer 28 procent van het personeel in een ziekenhuis bestaat uit verpleegkundigen. Het personeel bestaat voor 12 procent uit artsen en specialisten, zowel in loondienst als vrijgevestigd. De verdeling was in 2005 hetzelfde.

Figuur 3-8 Verdeling arbeidsjaren beroepsgroepen, 2013

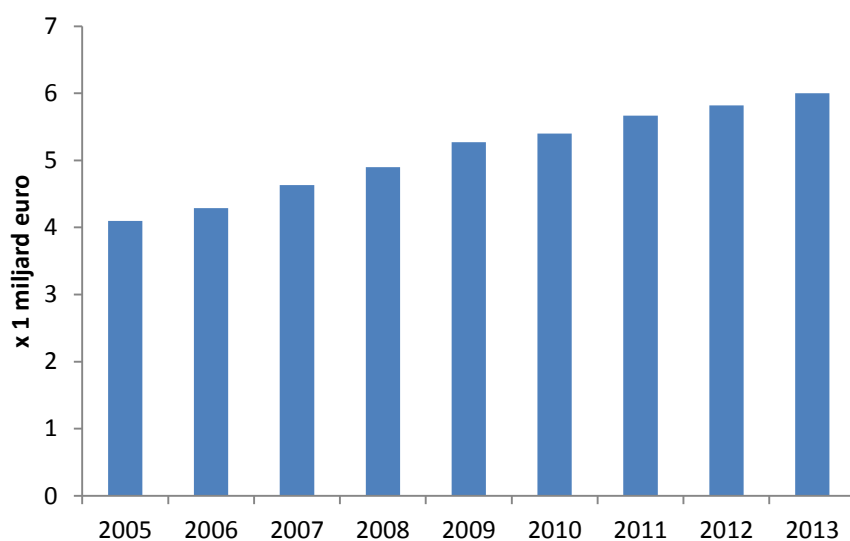


### 3.1.3 Geestelijke gezondheidszorg

De geestelijke gezondheidszorg (ggz) kent een grote diversiteit aan type zorgaanbieders zoals de psychiatrische ziekenhuizen, de vrijgevestigde psychiaters en de ambulante geestelijke gezondheidszorg. In deze studie nemen we deze categorieën allemaal bij elkaar.

De uitgaven aan de ggz zijn met 6,0 miljard euro ongeveer 6,4 procent van de totale zorguitgaven. De uitgaven zijn ten opzichte van 2005 met 46 procent gestegen.

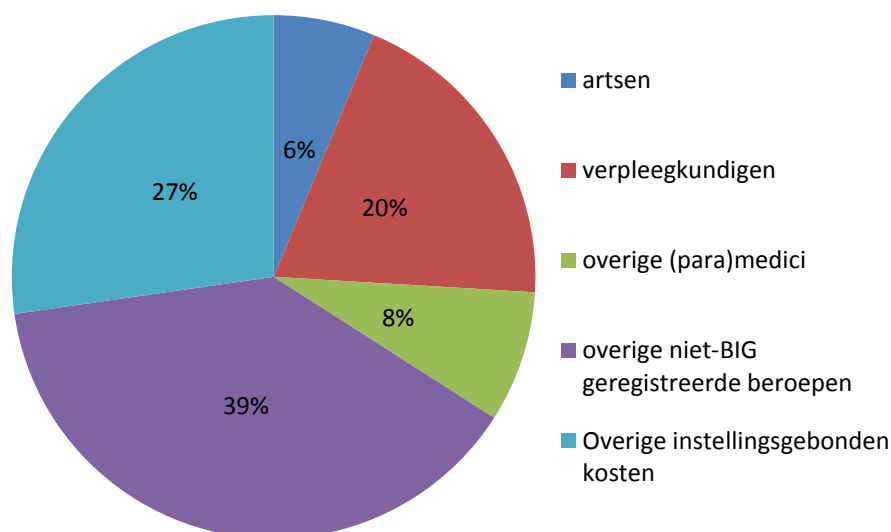
Figuur 3-9 Ontwikkeling uitgaven aan de geestelijke gezondheidszorg



De kosten van de aanbieders zijn in figuur 3-10 verdeeld naar personeelskosten per type werknemer en de overige instellingsgebonden kosten. Ongeveer 73 procent van de kosten zijn personeelskosten. Meer dan helft zijn kosten van de niet BIG-

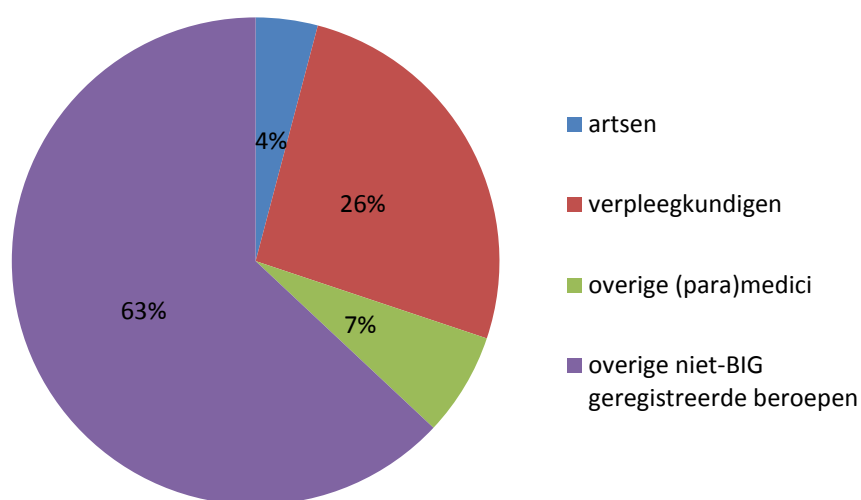
geregistreerde beroepen. De zelfstandigen zijn hier toebedeeld aan de verschillende beroepsgroepen. De verdeling is voor eerdere jaren vergelijkbaar.

**Figuur 3-10** Verdeling van kosten ggz-instellingen, 2013



In figuur 3-11 is de verdeling van het aantal arbeidsjaren weergegeven. In totaal gaat het om 74.000 arbeidsjaren van werknemers in loondienst en ongeveer 5.000 zelfstandigen. De omvang van het personeelsbestand in de ggz bestaat voor 63 procent uit medewerkers zonder BIG-registratie. Het aandeel verpleegkundigen is 26 procent. Het aantal arbeidsjaren van werknemers zonder BIG-registratie is ten opzichte van 2005 met 35 procent toegenomen. Ook is er een toename van het aantal overige (para)medici. Het aantal arbeidsjaren van de artsen en verpleegkundigen is ongeveer gelijk gebleven.

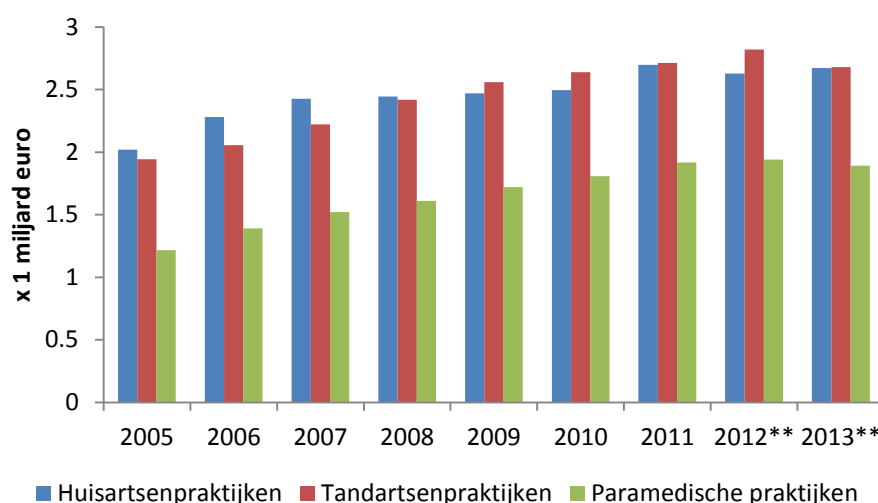
**Figuur 3-11** Verdeling arbeidsjaren ggz, 2013



### 3.1.4 Extramurale zorg: huisartsen, tandartsen en paramedici

De uitgaven aan de huisartsen- en de tandartsenpraktijken zijn beiden in 2013 ongeveer 2,7 miljard euro (figuur 3-12). Dat is in beide gevallen een stijging van ruim 30 procent ten opzichte van 2005. Deze stijging is lager dan gemiddeld in de curatieve zorg. De uitgaven aan de fysiotherapeuten, verloskundigen en andere paramedici liggen rond 1,9 miljard euro in 2013. De uitgaven zijn ten opzichte van 2005 met 56 procent gestegen. Dit is een hogere stijging dan gemiddeld in de curatieve zorg. De stijging heeft vooral tot 2011 plaats gevonden, in de afgelopen jaren lijken de kosten te stabiliseren.

Figuur 3-12 Ontwikkeling van de kosten van huisartsen, tandartsen en paramedische praktijken

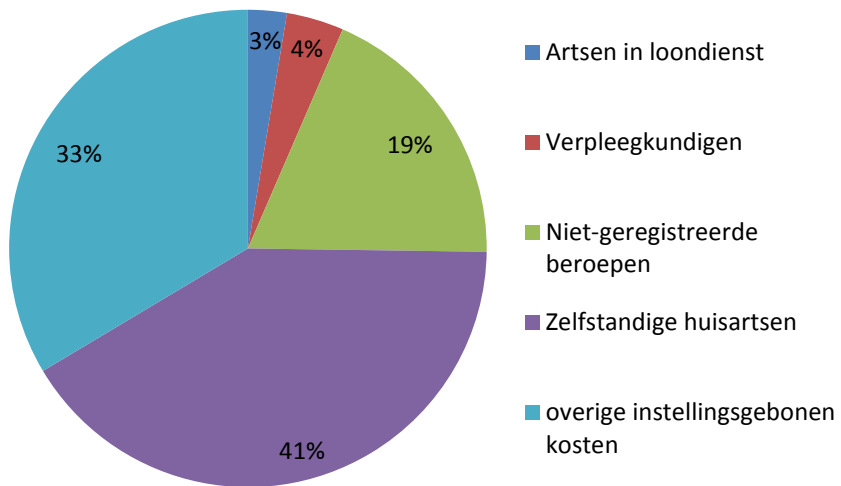


De kosten van de huisartsenzorg bestaat voor 67 procent uit personeelskosten (figuur 3-13). Hiervan gaat minder dan de helft naar personeel in loondienst. Naast de kosten van de zelfstandige huisartsen is de grootste kostenpost werknemers binnen de niet BIG-geregistreerde beroepen. Hieronder vallen bijvoorbeeld de praktijkondersteuners. De kosten van de groep overige (para)medici is verwaarloosbaar in de huisartsenpraktijk. Ten opzichte van 2005 heeft een kleine verschuiving plaats gevonden, het aandeel van de personeelskosten was toen 62 procent .

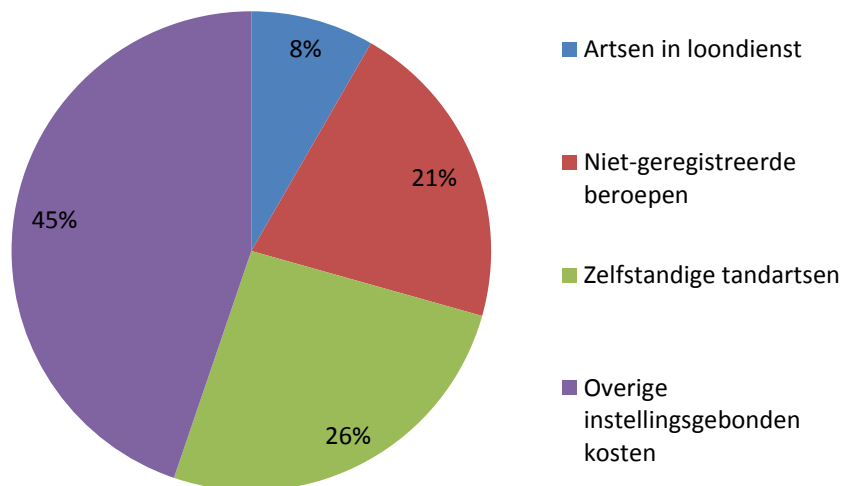
In figuur 3-14 is de verdeling van kosten van de tandartsenzorg weergegeven. In de tandartsenzorg ligt het aandeel van de overige instellingsgebonden kosten hoger dan in de huisartsenzorg (45 procent). Een mogelijke verklaring is het gebruik van duurere technologie in de tandartsenpraktijk. Ook is het aandeel van artsen in loondienst hoger dan in de huisartsenzorg. Ten opzichte van 2005 is de verdeling vergelijkbaar.

De praktijken van de paramedici bestaan grotendeels uit praktijken van fysiotherapeuten (ruim 80 procent). Daarnaast bestaat ongeveer 10 procent uit verloskundigen en nog eens 10 procent uit overige paramedici. In de praktijken van de paramedici is 69 procent van de kosten personeelskosten. De verdeling van de kosten is erg vergelijkbaar binnen de verschillende typen praktijken. De personeelskosten bestaan vooral uit kosten van zelfstandigen en paramedici in loondienst. In deze praktijken zijn naar verhouding weinig artsen of verpleegkundigen in loondienst.

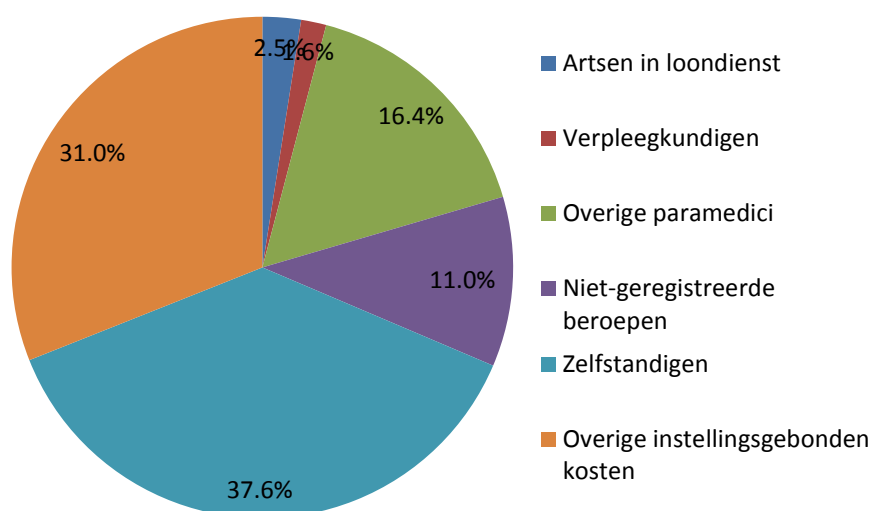
Figuur 3-13 Verdeling kosten huisartsen, 2013



Figuur 3-14 Verdeling kosten tandartsen, 2013



Figuur 3-15 Verdeling kosten paramedische praktijken, 2013



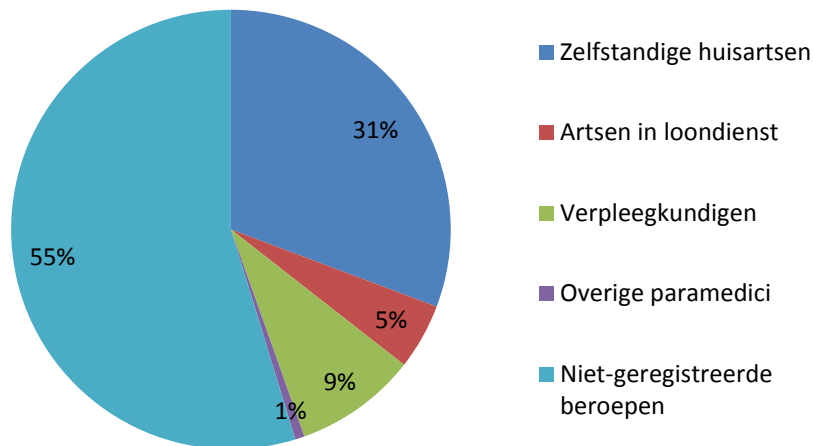
Figuur 3-16 geeft de verdeling van de arbeidsjaren weer. De zelfstandige huisartsen zijn hier apart in opgenomen. In totaal gaat het om 14.000 arbeidsjaren van werknemers in loondienst en ongeveer 10.000 zelfstandige huisartsen. Deze verdeling was in 2005 vergelijkbaar.

De verdeling van het aantal arbeidsjaren in de tandartsenpraktijken is terug te vinden in figuur 3-17. In totaal gaat het om 17.000 arbeidsjaren van werknemers in loondienst en ongeveer 5.000 zelfstandige tandartsen. Ten opzichte van 2005 is het aandeel van de tandartsen iets afgenomen (30 procent nu ten opzichte van 35 procent in 2005).

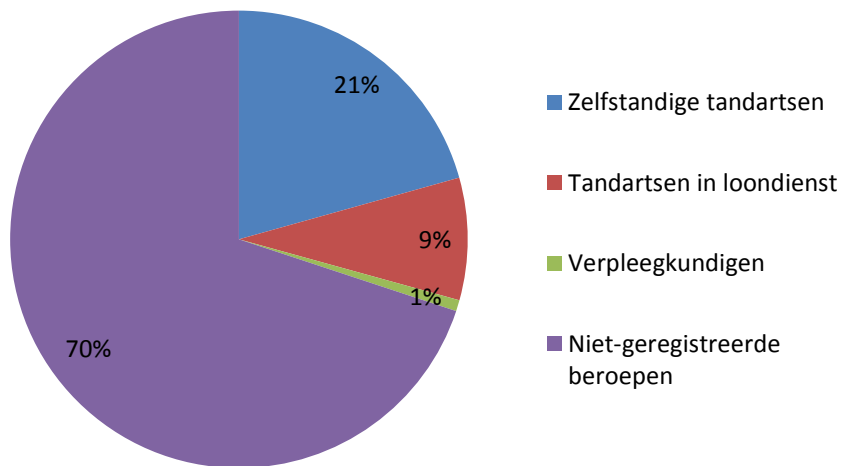
Figuur 3-18 weerspiegelt de verdeling van het personeel in de paramedische praktijken. Met zelfstandigen worden hier de zelfstandigen met een eigen praktijk bedoeld. De meerderheid van de fysiotherapeuten, verloskundigen en andere paramedici heeft een eigen praktijk. Het aandeel in loondienst is vergelijkbaar met het aandeel van de werknemers in de groep niet-geregistreerde beroepen. Ten opzichte van 2005 is het aandeel van de zelfstandigen afgenomen (37,9 procent in 2013 ten opzicht van 46,5 procent in 2005)



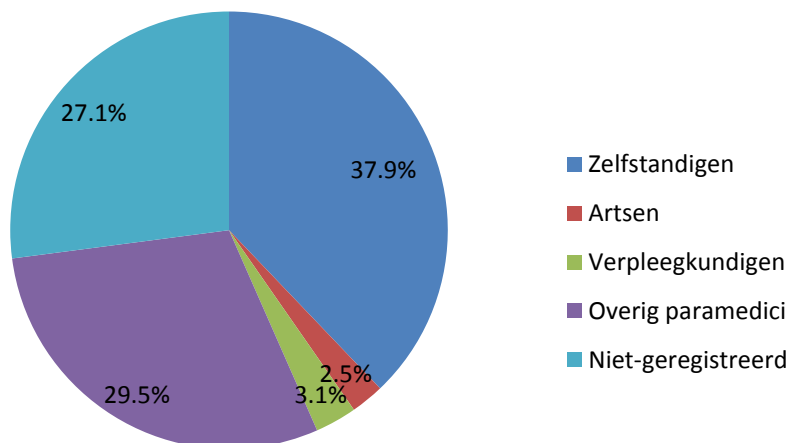
Figuur 3-16 Verdeling arbeidsjaren huisartsenpraktijken, 2013



Figuur 3-17 Verdeling arbeidsjaren tandartsenpraktijken, 2013



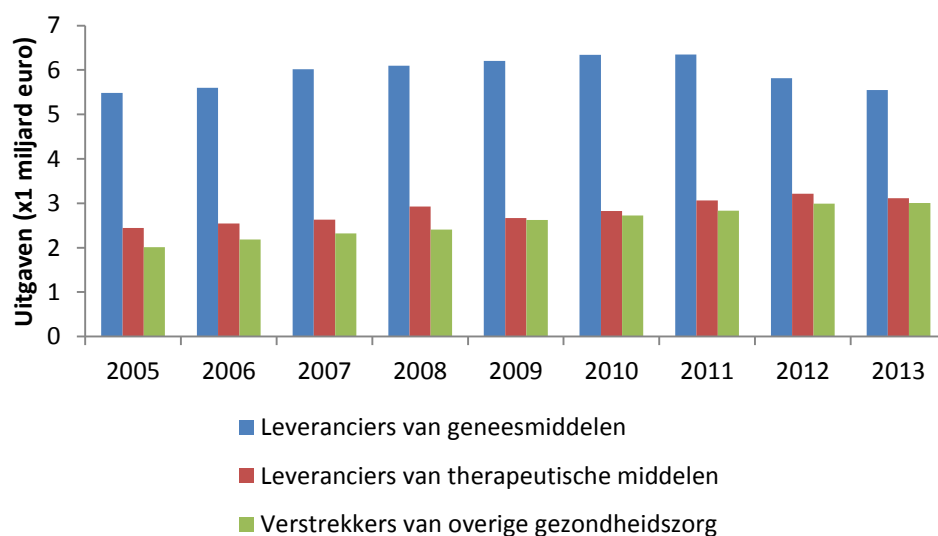
Figuur 3-18 Verdeling arbeidsjaren paramedische praktijken, 2013



### 3.1.5 Overige curatieve zorg: leveranciers van geneesmiddelen, leveranciers van therapeutische middelen en overige verstrekkers

Tot slot bekijken we de uitgaven aan de leveranciers van geneesmiddelen en therapeutische middelen gezamenlijk met overige verstrekkers van gezondheidszorg. Hier onder vallen onder meer de ambulancediensten, praktijken voor psychologen, praktijken voor alternatieve gezondheidszorg en zorgaanbieders in het buitenland. Overige curatieve zorg wordt vanwege gegevensproblemen als één groep behandeld. Om een indruk te krijgen van de verhoudingen tussen de verschillende voorzieningen binnen deze groep dient figuur 3-19. Naast de hoogte van de kosten van de voorzieningen is uit deze figuur ook nog de ontwikkeling tussen 2005 en 2013 af te lezen.

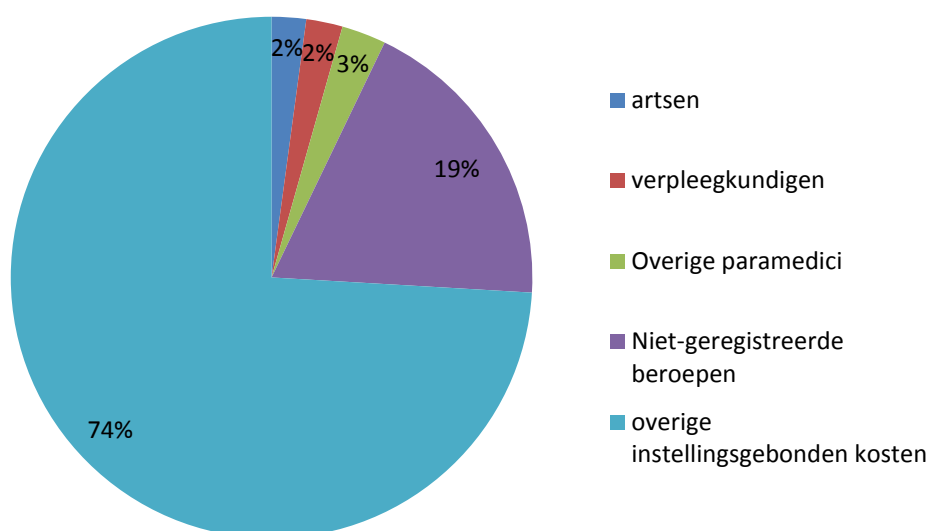
Figuur 3-19 Ontwikkeling kosten leveranciers van geneesmiddelen, leveranciers van therapeutische middelen en verstrekkers overige zorg, 2005-2013.



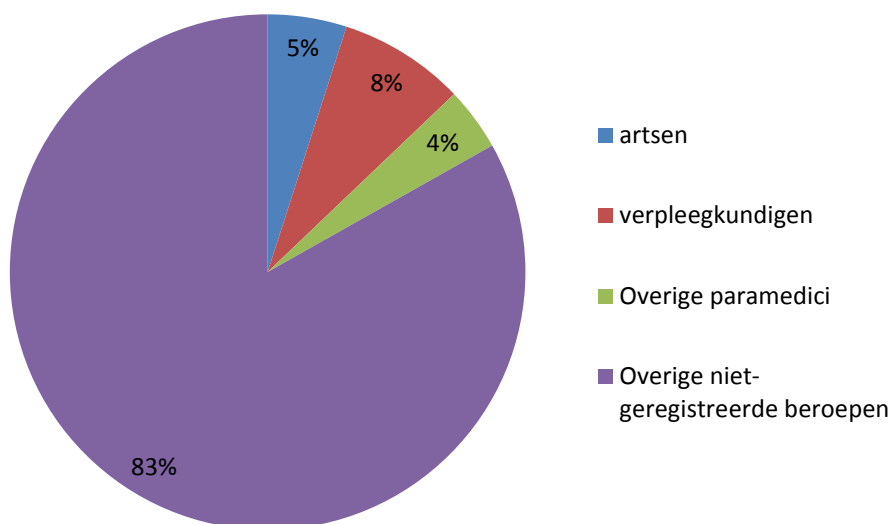
De uitgaven aan de extramurale farmaceutische zorg zijn in de laatste jaren gedaald doordat met ingang van 2012 diverse relatief dure geneesmiddelen zijn overgeheveld naar het ziekenhuisbudget. De totale kosten van deze dure geneesmiddelen worden in 2012 geraamd op 1,2 miljard euro (Zorginstituut Nederland).

De kosten van de overige zorg bestaat voor 26 procent uit personeelskosten, grotendeels kosten van niet-geregistreerde beroepen (figuur 3-20). De geneesmiddelen en therapeutische middelen maken een groot deel uit van de overige instellingsgebonden kosten. Dit blijkt ook uit de cijfers van de apotheken. Daar is gespecificeerd dat 71 procent van de kosten betrekking hebben op de geneesmiddelen, 18 procent op de personeelskosten en de rest op overige bedrijfskosten. In de categorie overige gezondheidszorg zal het aandeel personeelskosten hoger liggen maar dat is niet verder te specificeren.

Figuur 3-20 Verdeling kosten overige curatieve zorg, 2013



Figuur 3-21 Verdeling van het aantal arbeidsjaren overige curatieve zorg



### 3.2 Intersectorale vergelijking

Met de gevonden resultaten kunnen we de deelsectoren met elkaar vergelijken, evenals de ontwikkelingen door de tijd heen voor iedere sector afzonderlijk.

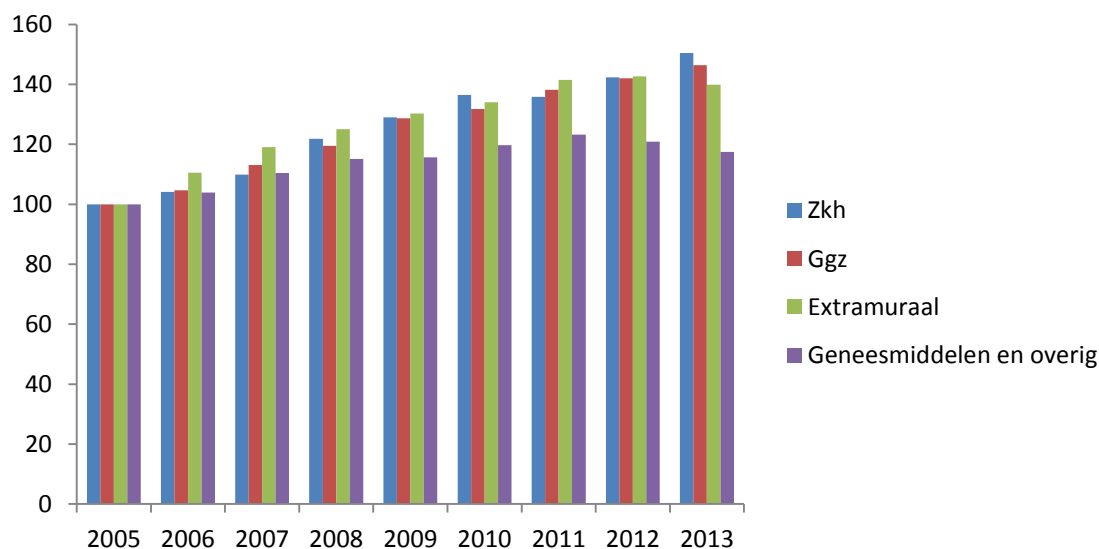
Hierbij is een belangrijke opmerking vooraf dat een sectorvergelijking niet gebruikt kan worden voor normatieve uitspraken. Aan constatering dat in de ene sector meer aan overig personeel of overige kosten (ondersteuning) wordt uitgegeven dan in de

andere sector is geen betekenis toe te kennen. Er zijn doorgaans plausibele verklaringen dat in de ene sector de kosten anders verdeeld zijn dan in de ander sectoren. In het bijzonder geldt dit dus ook voor verschillen in de kosten toegerekend aan de professionals.

De ontwikkeling van de kosten in de verschillende zorgsectoren lopen uiteen. Figuur 3-22 laat de groeicijfers van de kosten zien per sector tussen 2005 en 2013. De ontwikkeling van de kosten van de ziekenhuizen is het sterkst gestegen (50 procent tussen 2005 en 2013). De kostenstijging van de ggz en de extramurale zorg ligt iets lager. Binnen de extramurale zorg is wel een verschuiving zichtbaar van huisarts- en tandartszorg naar paramedische zorg. De stijging van de overige zorg waaronder de geneesmiddelen is met 17 procent het laagst. Dit heeft onder andere te maken met een overheveling van budgetten voor dure geneesmiddelen naar de ziekenhuiszorg.

Aan de verschillen tussen sectoren kunnen verschillende ontwikkelingen ten grondslag liggen, zoals verschillen in de ontwikkeling van de vraag naar een voorziening, in het gevoerde beleid of in productiviteit (technologie). Hier gaan we niet dieper in op de achterliggende oorzaken. Inzicht in de uiteenlopende ontwikkelingen verklaart wel waarom de macro verhoudingen tussen professionals en overige middelen in de zorg als geheel verandert.

Figuur 3-22 Kostengroei curatieve zorg per voorziening, 2005-2013



De kosten in de curatieve zorg zijn in tabel 3-1 uitgesplitst naar sector voor 2013. De totale kosten zijn 52,8 miljard euro. In totaal gaat het om 50,0 miljard instellingsgebonden kosten en 2,8 miljard niet-instellingsgebonden kosten. De helft van de instellingsgebonden kosten zijn kosten voor de ziekenhuiszorg. De kosten van de categorie overige zorg (waaronder de geneesmiddelen) zijn 11,7 miljard euro, de kosten van de extramurale zorg 7,2 miljard en de ggz 6 miljard euro.

De totale personele inzet in de curatieve zorg is 468 duizend arbeidsjaren. In totaal gaat het om 81 duizend arbeidsjaren medisch personeel, 93 duizend verpleegkundigen en 294 duizend arbeidsjaren overig personeel.

Tabel 3-1 Kosten en personele inzet curatieve zorg, 2013

	zkh	Ggz	Extram	overig	totaal
<b>Kosten (x miljard euro)</b>					
Instellingsgebonden	25,1	6,0	7,2	11,7	50,0
medisch personeel	4,8	0,9	3,2	0,6	9,5
verpleegkundigen	3,8	1,2	0,1	0,3	5,4
overig personeel	6,7	2,3	1,3	2,2	12,5
overige kosten	9,8	1,6	2,7	8,7	22,8
Niet-instellingsgebonden					2,8
Totaal					52,8
<b>Personele inzet (x1000 arbeidsjaren)</b>					
medisch personeel	32	8	32	9	81
verpleegkundigen	63	19	3	8	93
overig personeel	129	46	33	86	294
Totaal	224	73	68	103	468

In tabel 3-2 zijn de kosten en de personele inzet in percentages weergegeven. De personeelskosten zijn 52 procent en de overige instellingsgebonden kosten 43 procent van de totale kosten in de curatieve zorg. Deze verdeling verschilt per sector. Van de instellingsgebonden kosten is het aandeel personeelskosten het hoogst in de ggz (73 procent). In zowel de ziekenhuissector als de extramurale zorg zijn de personeelskosten ruim 60 procent. In de overige zorg is dat 26 procent.

Vergeleken met 2005 zijn de kosten toegenomen in de curatieve zorg maar de verdeling over het personeel en overige kosten is vergelijkbaar gebleven. Ter illustratie is de verdeling opgenomen in bijlage B.

Tabel 3-2 geeft de procentuele verhouding weer van de personeelsinzet. Daarvan is 17 procent medisch personeel (artsen, tandartsen en overige (para)medici). Het grootste deel bestaat uit niet BIG-geregistreerde beroepen (63 procent). De verdeling van type personeel varieert per sector. Deze is indirect af te leiden uit de tabel. Het aandeel artsen is het grootst in de extramurale zorg (bijna de helft: 7% ten opzichte van 15%). Het aandeel verpleegkundigen is het grootst in de ziekenhuizen en ggz (beide ruim 25 procent). In alle sectoren valt minimaal de helft van het personeel in de categorie overig (niet BIG-geregistreerde beroepen). In de overige zorg is dat zelfs ruim 80 procent.

Tabel 3-2 Verdeling kosten en personeelsinzet in de curatieve zorg, 2013 (in procenten)

	zkh	Ggz	Extram	overig	totaal
<b>Kosten</b>					
Instellingsgebonden	48	11	14	22	95
medisch personeel	9	2	6	1	18
verpleegkundigen	7	2	0	1	10
overig personeel	13	4	2	4	24
overige kosten	19	3	5	16	43
Niet-instellingsgebonden					5
Totaal					100
<b>Personele inzet</b>					
medisch personeel	7	2	7	2	17
verpleegkundigen	13	4	1	2	20
overig personeel	28	10	7	18	63
Totaal	48	16	15	22	100

### 3.3 Conclusies

In de curatieve zorg gaat in 2013 een bedrag om van ruim € 50 miljard. Slechts een heel klein deel (minder dan 5 procent) heeft betrekking op niet-instellingsgebonden kosten. De helft van het bedrag heeft betrekking op de ziekenhuizen; iets minder dan een kwart gaat naar geneesmiddelenverstrekking en overige zorg en iets meer dan een kwart naar ggz en de extramurale zorg.

In totaal heeft meer dan de helft van de kosten in de curatieve zorg betrekking op het personeel. Het kostenaandeel van artsen en specialisten bedraagt 18 procent, van verpleegkundigen 10 procent en het overig personeel 24 procent. Meer dan de helft van de personeelskosten heeft dus betrekking op professionals. De overige kosten zijn kosten voor personeel zonder BIG-registratie en overige instellingsgebonden kosten zoals apparatuur.

De verdeling van de instellingsgebonden kosten verschilt per sector. Het aandeel personeelskosten is het hoogst in de ggz (ruim 70 procent), ongeveer 60 procent in de ziekenhuizen en de extramurale zorg en het laagst in de overige zorg (26 procent). Onder overige zorg vallen onder andere geneesmiddelen waardoor de personeelskosten naar verhouding lager uit vallen. Ook de verdeling van de kosten over het type personeel verschilt per sector. In de extramurale zorg zijn de kosten van de professionals naar verhouding hoog. In de ziekenhuizen en de ggz zijn de kosten van professionals maar iets hoger dan van het overige personeel. Allerlei onderhouds- en beheerspersoneel spelen hier een belangrijke rol. In de overige zorg zijn de kosten van de professionals juist lager dan de kosten van het overige personeel.

De allocatie van middelen wijzigt amper tussen 2005 en 2013. De verhouding tussen professionals en de overige ingezette middelen is dus over de tijd erg stabiel. De ontwikkeling van de totale kosten verschilt wel enigszins tussen de sectoren. De kosten van de ziekenhuizen stijgen met 50 procent het sterkst over de periode 2005-2013. De stijging in de sector overig is veel geringer. Dit effect wordt vooral veroorzaakt door een daling na 2011 die te maken heeft met de overheveling van enkele dure geneesmiddelen naar de uitgaven van de ziekenhuizen. De kosten in de extramurale zorg stijgen vooral aan het begin van de periode, maar er lijkt nu zelfs sprake van een daling.





## Referenties

Van Hassel D.T.P., Kenens R.J. (2013). Cijfers uit de registratie van huisartsen, NIVEL Utrecht.

Kalf R.R.J., Schepman S.M., Batenburg R.S. (2010). Actuele gegevens over het arbeidsaanbod van tandartsen in Nederland. NIVEL Utrecht.

Kenens R.J., Hingstman L. (2009). Cijfers uit de registratie van fysiotherapeuten. NIVEL Utrecht.

Farmacotherapeutisch kompas. De kosten voor farmaceutische zorg. Zorginstituut Nederland,  
<https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/voorna/i/inl%20de%20kosten%20voor%20farmaceutische%20zorg.asp>



## 4 Bijlagen

### Bijlage A Bewerkingen

#### Toedeling beleid- en beheerskosten

Tabel A-1 geeft weer hoe de beleid- en beheerskosten zijn toebedeeld aan de curatieve zorg. Bij de toedeling hebben we gebruik gemaakt van de financieringsbronnen. Allereerst hebben we gekeken wel deel uit de verschillende financieringsbronnen naar de curatieve zorg is gegaan (het aandeel ten opzichte van de totale zorg). Vervolgens hebben we de kosten van beleids- en beheersorganisaties weergegeven naar financieringsbron. Per financieringsbron zijn de kosten van de beleids- en beheersorganisaties aan de curatieve zorg toebedeeld op basis van het aandeel. Bijvoorbeeld, 95 procent van de ZVW gaat naar de curatieve zorg. Van de 2003 miljoen euro die uit de ZVW naar de beleids- en beheersorganisaties gaat hebben we eveneens 95 procent toebedeeld aan de CZ. Dat is in totaal 1904 miljoen euro.

Tabel 3 Toedeling kosten beleid en beheer, 2013

	aandeel CZ* (in %)	budget B&B (x miljoen euro)	Budget toebedeeld aan CZ (x miljoen euro)
Overheid	19	1411	273
ZVW	95	2003	1904
AWBZ	13	372	50
Particulier	100	0	0
Eigen betalingen	49	154	76
Overig	33	1464	478
Totaal		5404	2781

\*Aandeel curatieve zorg in budget voor totaal van curatieve, langdurige en overige zorg  
CZ = curatieve zorg, B&B = Beleid en beheersorganisaties, ZVW = zorgverzekeringswet, AWBZ = Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

## Bijlage B Resultaten

Tabel B-1 laat de verdeling van de kosten in 2005 zien. Hoewel de totale kosten in 2005 een stuk lager waren dan in 2013 (37,8 miljard in plaats van 52,8 miljard euro), is de verdeling erg vergelijkbaar.

Tabel B-1 Verdeling kosten in 2005 (in procenten)

	zkh	Ggz	Extram	overig	totaal
<b>Kosten</b>					
Instellingsgebonden	43,9	10,8	13,8	26,2	94,7
medisch personeel	7,9	1,3	6,3	1,1	16,7
verpleegkundigen	6,6	2,4	0,3	0,3	9,5
overig personeel	12,2	4,0	1,9	4,2	22,2
overige kosten	17,2	2,9	5,3	20,4	45,8
Niet-instellingsgebonden					5,3
Totaal					100