



Healthcheck

Ontwikkelingen binnen de ziekenhuiszorg



Augustus 2018

—
kpmg.nl

Inhoudsopgave

| | Pagina |
|--|---------------|
| Voorwoord | 3 |
| Bevindingen 2017 – ziekenhuizen | 4 |
| Terugkijkend – ondersteunende analyses | 5 |
| — Zorgkosten minder hard gegroeid, mogelijk ten koste van toekomstbestendigheid topklinische en algemene ziekenhuizen | 6 |
| — Resultaten topklinische en algemene ziekenhuizen onder druk door toegenomen personeelskosten en patiëntgebonden kosten | 8 |
| — Vanuit internationaal perspectief doen Nederlandse ziekenhuizen het relatief goed, beperkte mogelijkheden productiviteitsverbetering | 10 |
| Vooruitkijkend – ondersteunende analyses | 12 |
| — Naar verwachting is het personeelstekort niet op korte termijn opgelost, druk op budgetten blijft | 13 |
| — Meer geld erbij lost de problemen niet op, niets doen is echter geen optie | 15 |
| — Primaire focus op het anders organiseren van de zorg... | 16 |
| — ... en het belang van IT-ondersteuning | 17 |
| Bijlagen | |

Voorwoord

Voor u ligt onze Healthcheck-publicatie. Met deze eerste editie willen wij u een compleet en zinvol beeld geven van de financiële stand van zaken in de ziekenhuis sector. We kijken terug en we kijken vooruit. We delen onze bevindingen over de financiële knelpunten in de medisch-specialistische zorg, onze visie op oplossingen voor de toekomst en concrete stappen om daar te komen.

Onze ongerustheid over de houdbaarheid van de zorg in Nederland die wij eerder hebben gedeeld in de publicatie "Wie doet het met wie" wordt in deze publicatie bevestigd. Het lijkt erop dat ziekenhuizen gevangen zitten in het huidige systeem van budgetten, volumeafspraken en plafonds. Vooral voor de algemene en topklinische ziekenhuizen is de financiële druk hoog. De marges waren de afgelopen jaren dun. Dit is niet alleen zorgelijk voor het hier en nu, maar vormt ook een risico voor de toekomstbestendigheid en transformatiekracht van de Nederlandse zorg. De financierbaarheid van een aantal ziekenhuizen is uitdagend. Noodzakelijke (IT-)investeringen om de transitie richting de toekomst te kunnen maken zijn niet altijd mogelijk. Naast de financiële druk zien we druk op de operationele processen door het toenemende personeelstekort. We worden steeds vaker geconfronteerd met het afzeggen van operaties, opnamestops op SEH of geboortezorg en het sluiten van verpleegafdelingen. De toegankelijkheid en kwaliteit van zorg staan hiermee onder druk.

Daar waar in veel landen nog efficiencywinst te behalen valt in productiviteit lijkt in Nederland de potentiële efficiencywinst beperkt. De oplossingen voor de toekomst moeten eerder gezocht worden in andere en slimmere manieren van werken om schaarse capaciteit optimaal te benutten. Het anders organiseren van de zorg is daarom onontkoombaar. Daarbij zijn regie op de transitie, decentrale initiatieven en ruimte voor investeringen in IT-oplossingen nodig om de noodzakelijke veranderingen te realiseren.

We hopen dat deze publicatie inspireert om de volgende stappen te zetten om ons zorglandschap toekomstbestendig te maken.

Dr. Anna van Poucke
Sectorleider KPMG Health

Ruben Mikkers
Partner Transaction Services

Bevindingen 2017 - Ziekenhuizen

Zorgkosten minder hard gestegen, mogelijk ten koste van toekomstbestendigheid topklinische en algemene ziekenhuizen



PAGINA 6 & 7

- Zorgkosten groeien minder hard dan bbp door o.a. hoofdlijnenakkoord msz.
- Toekomstbestendigheid van met name topklinische en algemene ziekenhuizen onder druk
 - Het operationele resultaat en de rentabiliteit van topklinische en algemene ziekenhuizen neemt af, circa driekwart zit in 2017 onder de 2,5% (helft in 2014)
 - Kosten zijn harder gestegen dan de omzet. Met name door het relatief harder stijgen van PNIL, honorariumkosten en patiëntgebonden kosten
- Daarnaast staat de financierbaarheid onder druk door het lage verdienvermogen. Dit is zorgwekkend gelet op noodzakelijke investeringen.

Toenemend personeelstekort zorgt voor operationele druk



PAGINA 8 & 9

- Het aantal vacatures nam toe tot ruim 2.200 in april 2018.
- Tekorten zijn er vooral bij verpleegkundigen en medisch ondersteunende beroepen (86% van totaal aantal vacatures).
- Tekorten leiden tot: sluiten van verpleegafdelingen, afzeggen van operaties, tijdelijke opnamestop SEH en geboortezorg, negatieve impact medewerkertevredenheid en ziekteverzuim.

Nederlandse ziekenhuizen vanuit internationaal perspectief relatief efficiënt, beperkte productiviteitsverbetering mogelijk



PAGINA 10 & 11

- Uitgaven aan Nederlandse ziekenhuizen liggen boven het gemiddelde.
- Internationaal vergeleken zijn Nederlandse ziekenhuizen relatief efficiënt en lijken mogelijkheden voor productiviteitsverbetering beperkt.
 - Gemiddelde ligduur, aantal ontslagen uit ziekenhuis en aantal ziekenhuisbedden relatief laag.
 - Aantal artsen en verpleegkundigen ligt rond het gemiddelde.
 - Gemiddelde bedbezetting van 59% laag: om efficiencyvoordelen te behalen is een reductie van bedden en personeel nodig. Bed reductie lijkt mogelijk, maar personeelsreductie niet door de huidige tekorten.

Personeelstekort niet op korte termijn opgelost en druk op budgetten blijft



PAGINA 13 & 14

- Er dreigt een tekort van circa 125.000 verpleegkundigen als er niets wordt gedaan. Wij verwachten dat dit personeelstekort niet op korte termijn is opgelost. Een aantal van de beoogde maatregelen zal pas over 2-4 jaar het gewenste effect realiseren.
- Naar verwachting blijft de druk op ziekenhuisbudgetten bestaan. De NVZ acht EUR 0,9 miljard aan besparingen mogelijk, minister Bruins heeft het veld gevraagd om mee te denken voor de resterende EUR 1 miljard.

Meer geld erbij lost de problemen niet op, niets doen is echter geen optie



PAGINA 15

- Meer geld lijkt niet de oplossing, Engelse ziekenhuizen hebben vergelijkbare financiële en operationele problemen. Extra geld lijkt daar de onderliggende problemen niet op te lossen
- Zonder verandering voorzien we financiële en operationele problemen met een negatieve impact op kwaliteit en toegankelijkheid van zorg tot gevolg.

Primaire focus op het anders organiseren van de zorg en het belang van IT-ondersteuning



PAGINA 16 & 17

- Daar waar in veel landen nog efficiencywinst te behalen valt in productiviteit lijkt in Nederland de potentiële efficiencywinst beperkt. De winst moet eerder gezocht worden in andere en slimmere manieren van werken, onder meer door het zo veel mogelijk digitaliseren van zorgprocessen.
- Om de veranderingen te realiseren is er een aantal barrières die weggenomen moeten worden, door: (1) opbouw regionale netwerken (2) optimaliseren financiële prikkels (3) verbeteren investeringscapaciteit (4) actualiseren opleidingen.

Terugkijkend

Ondersteunende analyses



Zorgkosten



Goede nieuws: zorgkosten minder hard gegroeid

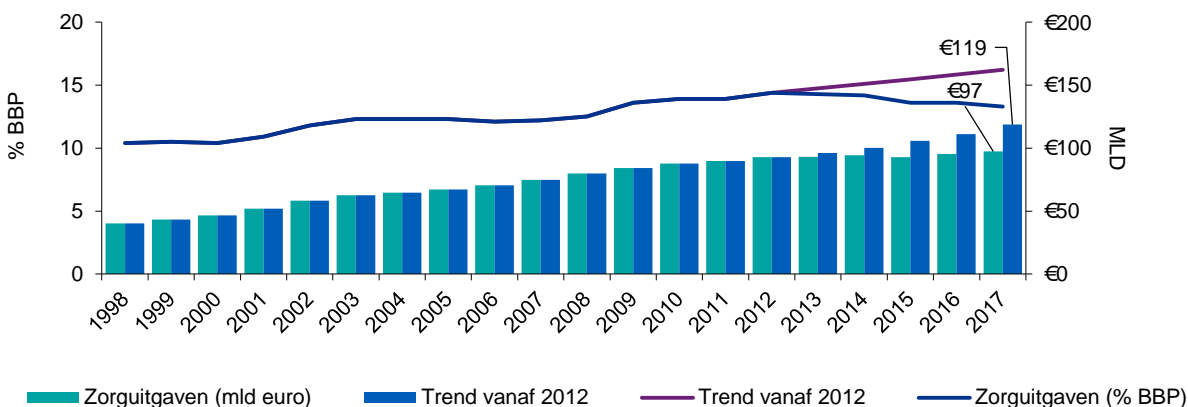
Slechte nieuws: mogelijk ten koste van toekomstbestendigheid topklinische en algemene ziekenhuizen

Zorgkosten minder hard gegroeid, mede door hoofdlijnenakkoord

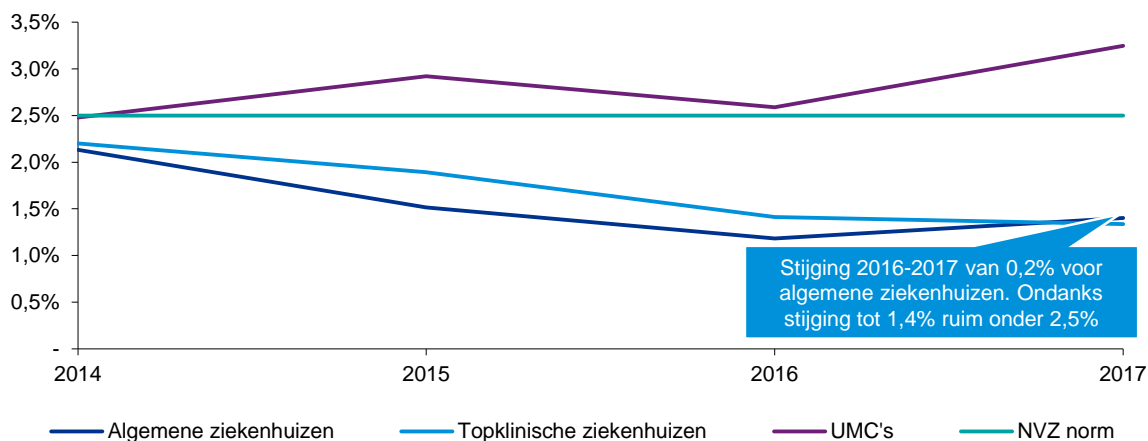
In absolute zin zijn de totale zorguitgaven in 2017 toegenomen, maar de groei was kleiner dan die van de gehele economie. Daarmee zijn de zorgkosten sinds 2012 beteugeld. Mede door het hoofdlijnenakkoord met

de ziekenhuissector zijn de zorguitgaven minder hard gegroeid dan het bbp. Zonder maatregelen waren de zorguitgaven in 2017 op 16% van het bbp uitgekomen met een absoluut verschil van EUR 22 miljard (zie figuur 1).

FIGUUR 1 Zorguitgaven minder hard gegroeid dan bbp, verschil met trend voor 2012 €22 mld



FIGUUR 2 Financiële resultaat topklinische en algemene ziekenhuizen neemt verder af (rentabiliteit)¹



Noot: (1) Mediaanwaarde, zie bijlage 1 voor gemiddelde rentabiliteit
Bronnen: Jaarverantwoording in de zorg, [FD](#), [CBS](#), [NVB zorgnotitie](#)

Sample: N=43 voor algemene ziekenhuizen
N=19 voor topklinische ziekenhuizen
N=8 voor UMCs
N=70 voor alle ziekenhuizen
(zie bijlage I voor basis van samenstelling)

Topklinische en algemene ziekenhuizen hebben het financieel moeilijk



Financieel resultaat

Zowel het operationele resultaat (EBITDA) als de rentabiliteit van topklinische en algemene ziekenhuizen neemt afgelopen jaren af (mediaanwaarde 2017 respectievelijk 1,3% en 1,4% - ruim onder 2,5% die de NVZ adviseert) in tegenstelling tot UMC's, die de afgelopen jaren een rentabiliteit van rond de 2,5% hadden (zie figuur 2 op de vorige pagina).

- 73,7% topklinische ziekenhuizen onder de 2,5%-norm in 2017 tegenover 52,6% in 2014 (zie figuur 3).
- 69,8% algemene ziekenhuizen onder de 2,5%-norm in 2017 tegenover 60,5% in 2014 (zie figuur 4).

Zie bijlage 1 voor gemiddelde rentabiliteit en spreiding van rentabiliteit topklinische, algemene ziekenhuizen en UMC's.



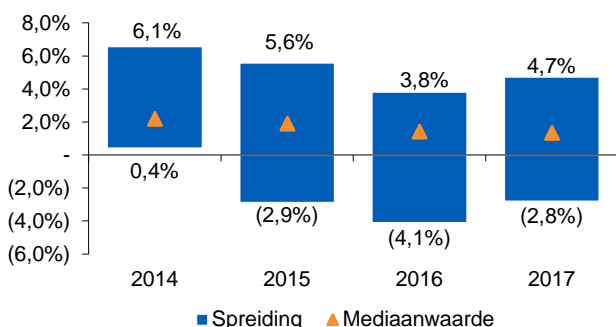
Financierbaarheid

De indicatoren voor financierbaarheid lijken zich de afgelopen jaren gunstig ontwikkeld te hebben (zie bijlage 2):

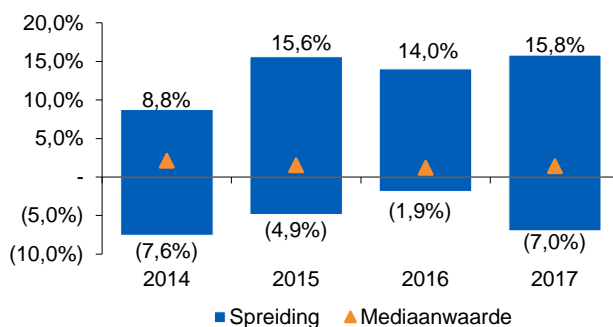
- **Financiële positie:** solvabiliteit en weerstandsvermogen laten een jaarlijkse verbetering zien. Een teken dat het eigen vermogen sneller groeit dan de totale activa en omzet.
- **Aflossingscapaciteit:** is sinds 2014 verbeterd, gelet op de stijging van de DSCR en daling van de Debt to EBITDA-ratio.

De NVB waarschuwt in een zorgnotitie echter dat financierbaarheid uitdagend is door "het lage verdienvermogen" van de sector. Met het oog op de noodzakelijke investeringen richting de toekomst is dit een zorgelijke ontwikkeling (zie sectie Vooruitkijkend).

FIGUUR 3 Rentabiliteit topklinische ziekenhuizen afgenomen in periode 2014-2017



FIGUUR 4 Rentabiliteit algemene ziekenhuizen afgenomen in periode 2014-2017



Noot: De rentabiliteit van Havenziekenhuis en Instituut voor Tropische Ziekten B.V. is niet meegenomen in de boxplot omdat het een vertekend beeld toont door eenmalige effecten (voornamelijk bijzondere waardeverminderingen)

Bronnen: Jaarverantwoording in de zorg, [FD](#), [CBS](#), [NVB zorgnotitie](#)

Sample: N=43 voor algemene ziekenhuizen
N=19 voor topklinische ziekenhuizen
N=8 voor UMCs
N=70 voor alle ziekenhuizen
(zie bijlage I voor basis van samenstelling)

Onder druk



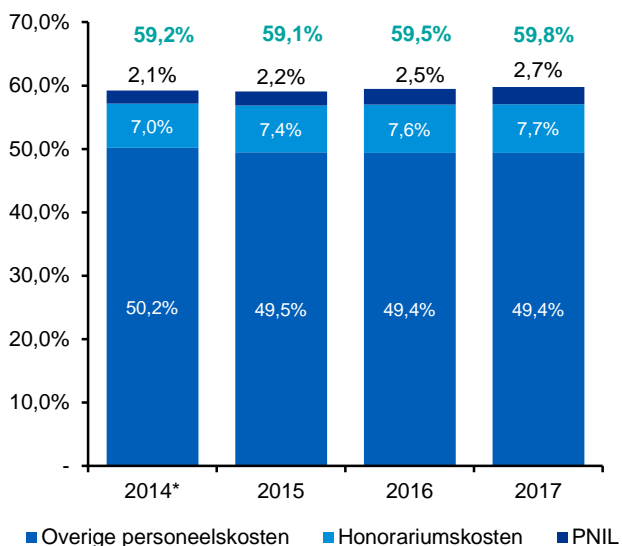
Resultaten topklinische en algemene ziekenhuizen onder druk door toegenomen personeelskosten en patiëntgebonden kosten

Kosten van topklinische en algemene ziekenhuizen stijgen relatief harder dan omzet

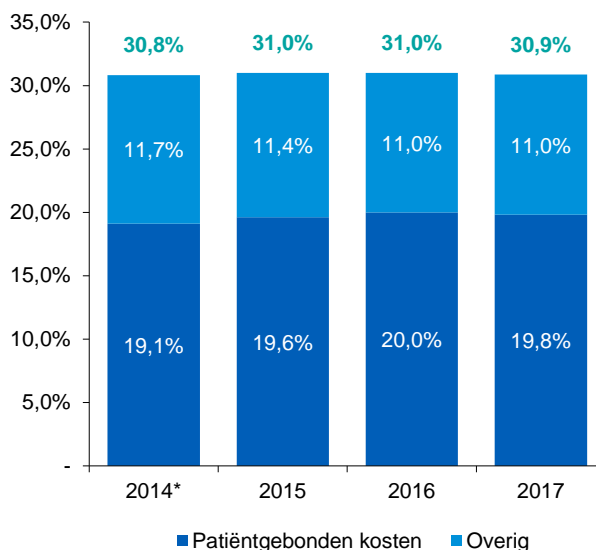
Ondanks een toename in de omzet (CAGR 5,4% tussen 2014 en 2017) staan de marges van ziekenhuizen onder druk. De EBITDA-marge en rentabiliteit laten een daling zien tussen 2014 en 2017. De omzet is toegenomen door een stijging in volume, prijsstijgingen, toenemende zorgzwaarte, en hogere vergoedingen van geneesmiddelen. De (operationele) winstgevendheid neemt af in 2017 ten opzichte van 2014 door sterker stijgende personeelskosten en patiëntgebonden kosten:

- **Personeelskosten:** Tussen 2015 en 2017 zijn de personeelskosten gestegen met een CAGR van 3,5%. Dit is gedeeltelijk toe te wijzen aan de voorziening nabetaling ORT, honorariumkosten en PNIL (zie figuur 5). De toename van honorariumkosten en PNIL kan verklaard worden door het toenemende personeelstekort (zie kader op de volgende pagina).
- **Patiëntgebonden kosten:** Overige bedrijfskosten blijven nagenoeg gelijk; wij zien echter een stijging in patiëntgebonden kosten in de periode 2014-2017, door onder andere duurdere medicijnen (zie figuur 6).

FIGUUR 5 Toename honorariumkosten en PNIL – personeelskosten als % van omzet



FIGUUR 6 Toename patiëntgebonden kosten – overige kosten als % van omzet



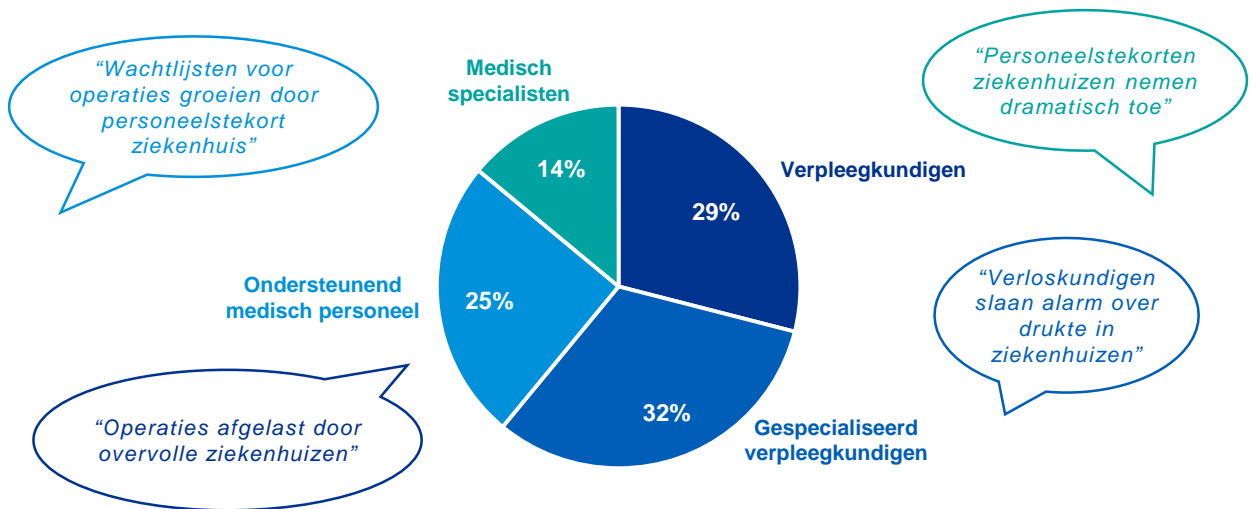
Noot: *Omzet en personeelskosten in 2014 zijn pro forma aangepast voor honorariumkosten
 Bronnen: Jaarverantwoording in de zorg, CBS, FD, NVZ brancherapport, NOS, KNOV, zorgvisie, NU.nl, Performance
 Sample: N=43 voor algemene ziekenhuizen
 N=19 voor topklinische ziekenhuizen
 N=8 voor UMCs
 N=70 voor alle ziekenhuizen
 (zie bijlage I voor basis van samenstelling)



Personeelstekort: omvang van het probleem en impact

Het aantal vacatures nam toe tot ruim 2.200 in april 2018. Operationeel zijn er uitdagingen door de toenemende personeelstekorten. Tekorten zijn er vooral bij verpleegkundigen en medisch ondersteunende beroepen (86% van totaal aantal vacatures).

Tekorten aan medisch personeel per eind april 2018
(in 63 ziekenhuizen)



Personeelstekort heeft o.a. volgende impact



Sluiten van verpleegafdelingen



Afzeggen van operaties

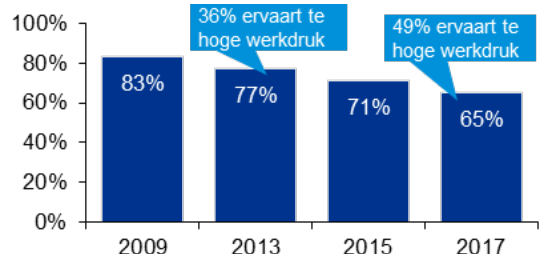


Tijdelijke opnamestop SEH en geboortezorg



Negatieve impact medewerkertevredenheid en ziekteverzuim

Medewerkertevredenheid daalt in periode 2013-2017 met ca. 3% per jaar



Bronnen: Jaarverantwoording in de zorg, CBS, FD, NVZ brancherapport, NOS, KNOV, zorgvisie, NU.nl, Performance



Vanuit internationaal perspectief doen Nederlandse ziekenhuizen het relatief goed, beperkte mogelijkheden productiviteitsverbetering

Nederland lijkt relatief goed te scoren op geselecteerde indicatoren die een indicatie geven van efficiency en productiviteit. We hebben gekozen voor zes indicatoren: ligduur, ontslagen, aantal bedden, bedbezetting en aantal artsen en verpleegkundigen.

Ondanks beperkingen* van internationale vergelijkingen kan het waardevolle inzichten verschaffen in mogelijke verbeteringen. Beperkte verbeter mogelijkheden moeten gezocht worden in de richting van productiviteit (bedbezetting en personele bezetting).

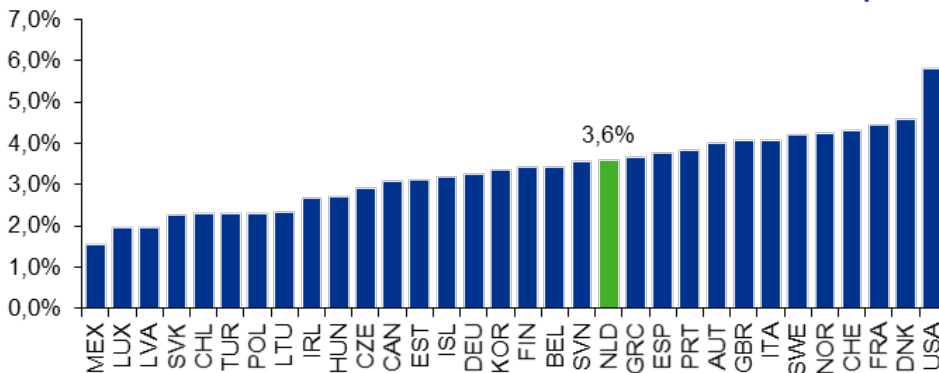
Uitgaven ziekenhuiszorg net boven het gemiddelde

Aan ziekenhuiszorg geven we in Nederland 3,6% van het bbp uit. Daarmee zit Nederland net boven het gemiddelde (zie figuur 7). Ook de uitgaven per hoofd van de bevolking zitten met \$ 1.809 net boven het gemiddelde (zie bijlage 3).

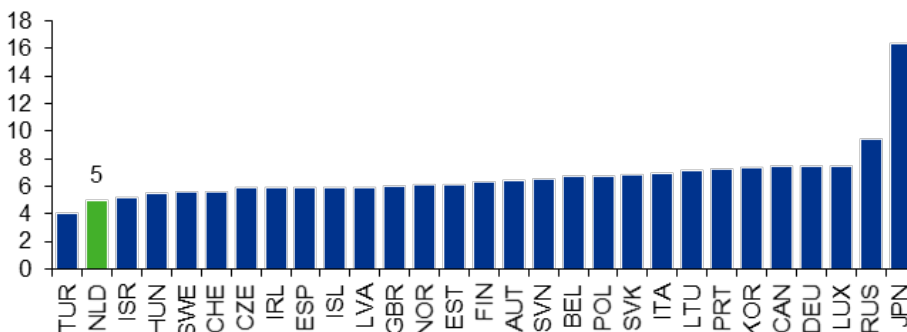
Relatief korte ligduur

De gemiddelde ligduur neemt de afgelopen jaren af bij topklinische ziekenhuizen en blijft gelijk bij algemene ziekenhuizen (DigiMV). De gemiddelde ligduur in Nederlandse ziekenhuizen duidt met een laag aantal dagen in vergelijking met de meeste landen op een efficiënte gezondheidszorg (zie figuur 8)¹.

FIGUUR 7 Relatief gemiddelde uitgaven ziekenhuiszorg (3,6% van het BBP in 2016)



FIGUUR 8 Relatief korte ligduur (5 dagen voor acute zorg in 2016)



Noot: * bijvoorbeeld door de wijze waarop data wordt verzameld en lokale context, zie ook kingsfund.org.uk (1) De OECD rekent ook revalidatie-instellingen en categorale ziekenhuizen mee in ligduur. De ligduur vanuit de DigiMV dataset bevat alleen ziekenhuizen.

Bronnen: OECD, Eurostat, Jaarverantwoording in de zorg, Kingsfund, BIG register

Ten opzichte van OECD-landen relatief weinig ziekenhuisontslagen

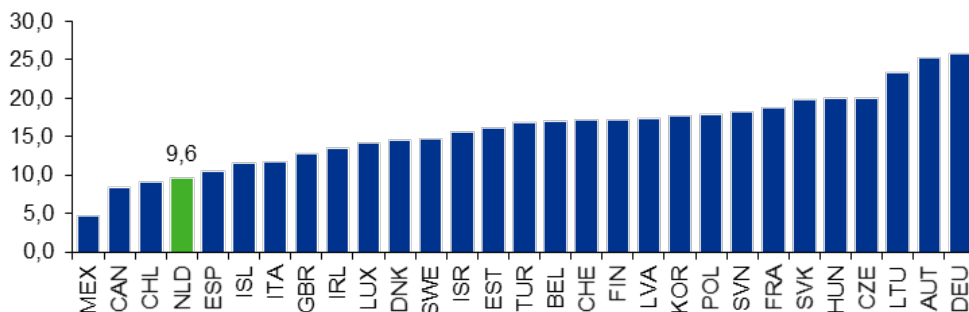
Ontslagen uit ziekenhuis per 100.000 inwoners is in Nederland relatief laag (zie figuur 9). Een relatief hoog aantal ontslagen kan wijzen op onnodige ziekenhuisopnames en een mogelijkheid om dit te verbeteren (bv. poliklinische ingrepen in plaats van ziekenhuisopname).

Aantal bedden onder OECD-gemiddelde en lage bedbezetting

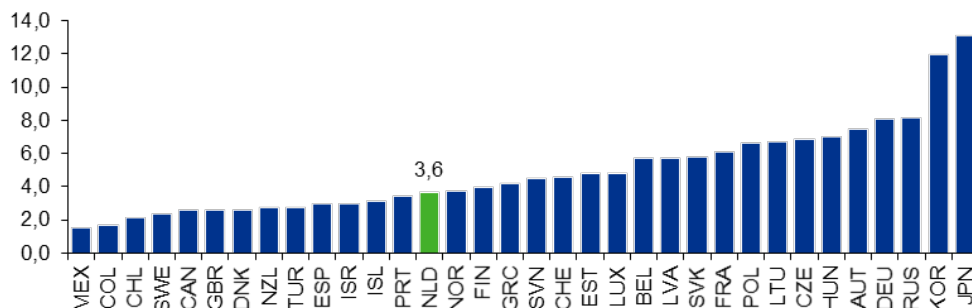
In Nederland is het aantal ziekenhuisbedden per 1.000 inwoners relatief laag (zie figuur 10). Het aantal artsen per 1.000 inwoners zit rond het gemiddelde (3,3) en het aantal verpleegkundigen per 1.000 inwoners (11,5)¹ ligt boven het gemiddelde (zie bijlage 3).

Een indicator waar Nederland relatief laag op lijkt te scoren is bedbezetting. Met 59% scoort Nederland het laagst van alle landen (zie bijlage 3). Om efficiency te behalen dient het aantal bedden gereduceerd te worden. Theoretisch is daarmee ook het personeel te reduceren. Gelet op het huidige aantal artsen en verpleegkundigen per 1.000 inwoners, en het huidige tekort aan verpleegkundigen lijken de mogelijkheden om daadwerkelijk efficiencyvoordelen te behalen beperkt.

FIGUUR 9 Relatief weinig ontslagen (9,6 per 1.000 inwoners in 2016)



FIGUUR 10 Aantal bedden onder OECD-gemiddelde (3,6 per 1.000 inwoners in 2016)



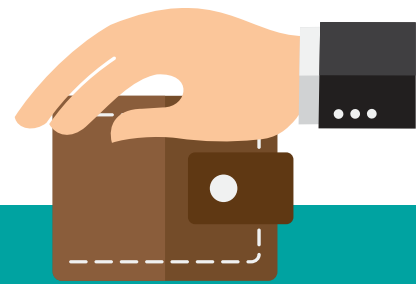
Noot: (1) In Nederland hebben we de hoogste parttimefactor van alle landen. Hierdoor zullen we in fte uitgedrukt dichter bij het gemiddelde zitten. Bronnen: OECD, Eurostat, Jaarverantwoording in de zorg, Kingsfund, BIG register

Vooruitkijkend

Ondersteunende analyses



Druk op budgetten



Naar verwachting is het personeelstekort niet op korte termijn opgelost en blijft er druk op budgetten

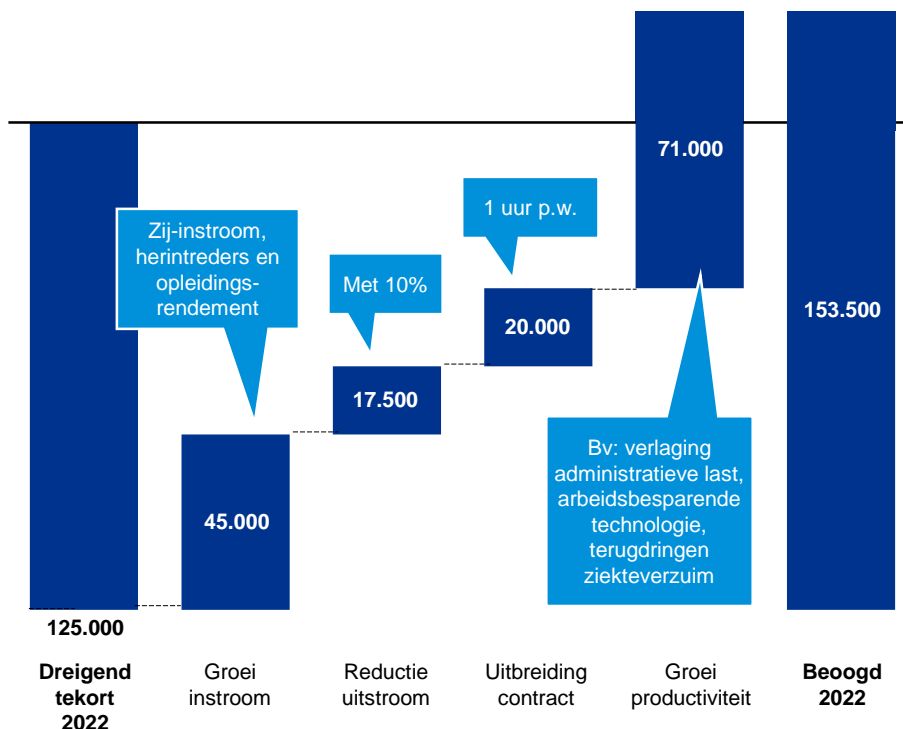
Personeelstekorten niet op korte termijn opgelost

Het dreigend tekort in 2022 is circa 125.000 verpleegkundigen*. Daarom is VWS een actieprogramma gestart (zie figuur 11). Wij verwachten echter dat de personeelstekorten niet op korte termijn opgelost zijn:

1. **Uitbreiding contract:** Gelet op de huidige tekorten en ervaren werkdruk is het de vraag of deze interventie op korte termijn het beoogde effect realiseert.
2. **Groei instroom:** een groot deel van de 45.000 zal opgeleid moeten worden. Afhankelijk van het type opleiding zullen we de effecten over 2-4 jaar zien.

3. **Productiviteit verhogen:** de internationale vergelijking laat zien dat er beperkte mogelijkheden zijn. Het verhogen van productiviteit moet komen van het fundamenteel anders organiseren van zorg. Dit vereist samenwerking tussen instellingen in het zorglandschap en investeringen in technologie.

FIGUUR 11 Actieprogramma verpleegkundigen



Noot: * op basis van het ministerie van Volksgezondheid, dit betreft het totale tekort over alle sectoren. Circa 40% van de BIG geregistreerde verpleegkundigen werkt in ziekenhuizen

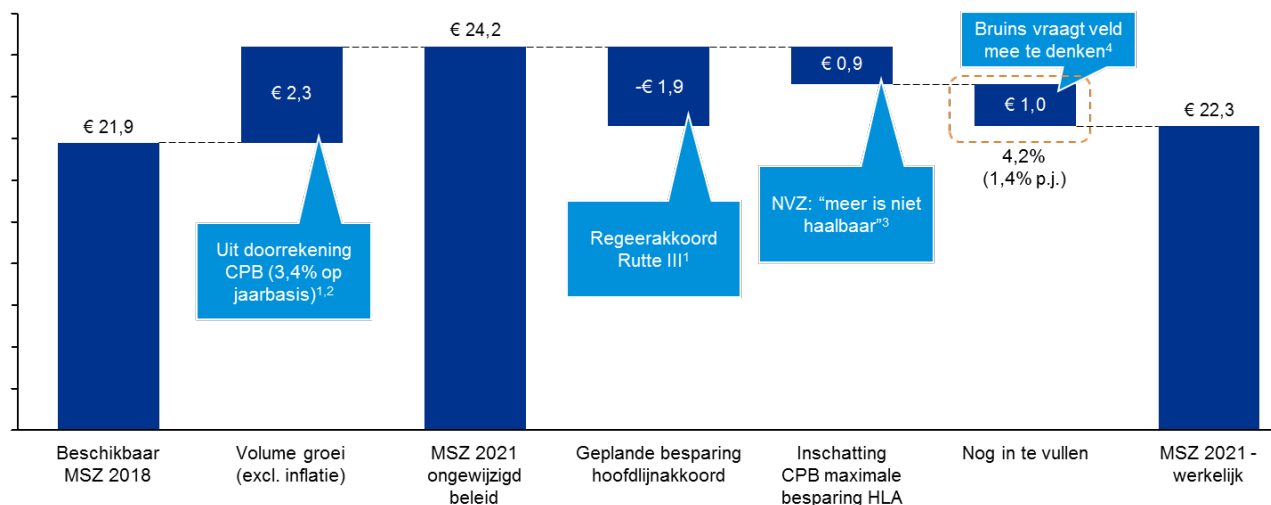
Bronnen: (1) Hoofdlijnenakkoord, (2) CPB, (3) CPB, (4) Zorgvisie, Actieprogramma VWS

Druk op budgetten ziekenhuiszorg tot 2021 onveranderd

Het ziet er naar uit dat druk op budgetten voor ziekenhuiszorg blijft bestaan (zie figuur 12). Bij ongewijzigd beleid zou het budget op basis van een CPB-raming uitkomen op EUR 24,4 miljard (3,4% groei op jaarbasis). Er is EUR 1,9 miljard aan besparingen gepland. Daarmee komt het budget in 2021 uit op EUR 22,3 miljard (0,6% groei op jaarbasis):

- De inschatting van het CPB is dat 0,9 miljard maximaal haalbaar is.
- Voor de resterende EUR 1 miljard heeft Bruins aan het veld gevraagd om mee te denken. Om dit te realiseren zal de zorg fundamenteel anders georganiseerd moeten worden.

FIGUUR 12 Druk op budgetten tot 2021 onveranderd



Bronnen: (1) Hoofdlijnenakkoord, (2) CPB, (3) CPB, (4) Zorgvisie, Actieprogramma VWS

Niets doen geen optie



Meer geld erbij lost de problemen niet op, niets doen is echter geen optie

Meer geld lost problemen niet op

Sinds 2014/15 staan instellingen in Engeland in toenemende mate financieel en operationeel onder druk (zie kader rechts). Sinds 2015 is er jaarlijks GBP 1,8 miljard beschikbaar (zie figuur 13). Vanaf 2018/19 wordt dit bedrag verhoogd naar GBP 2,45 miljard. Ondanks een verhoging van de uitgaven lijkt dit de financiële en operationele problemen niet op te lossen.

Niets doen is echter geen optie, fundamentele wijzigingen nodig

Indien er geen fundamentele wijzigingen plaatsvinden, dan voorzien wij:

- ↗ toenemende operationele problemen voor ziekenhuizen, met negatieve gevolgen voor patiënten en uitkomsten van zorg;
- ↗ toenemende financiële problemen met koude sanering tot gevolg.



Achtergrond

UITDAGINGEN ENGELSE ZORGSYSTEEM

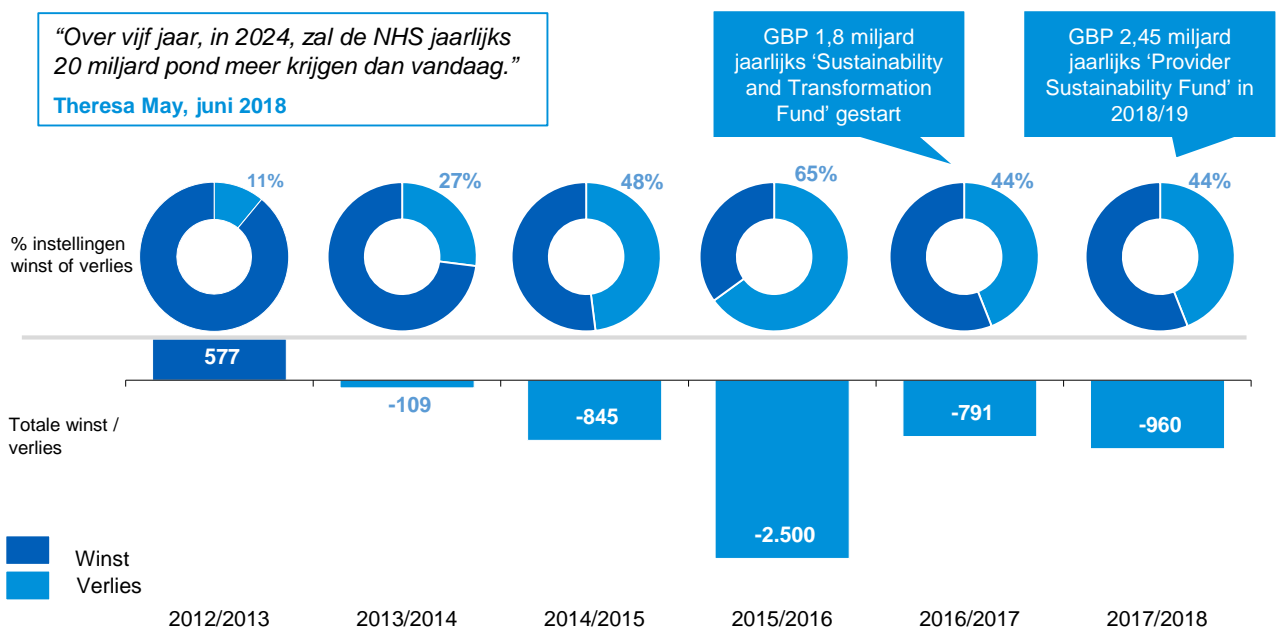
Financieel

In de afgelopen vier jaar stonden instellingen financieel flink onder druk. 44-65% van de instellingen rapporteerde een verlies, met een totaalresultaat in 2017 van GBP -/ 960 miljoen. 90% van het verlies wordt veroorzaakt door ziekenhuizen.

Operationeel

Net als in Nederland hebben Engelse ziekenhuizen te maken met een personeelstekort, met dezelfde gevolgen als in Nederland (bv.: tijdelijke opnamestop, afzeggen operaties, hoog ziekteverzuim). Ook daar zijn de PNIL-uitgaven bij veel ziekenhuizen een uitdaging. In Engeland wordt onder andere gekeken naar het werven van verpleegkundigen en artsen uit het buitenland. Voor de meeste ziekenhuizen zijn buitenlandse medewerkers essentieel voor de continuïteit. Door de Brexit komt dit mogelijk onder druk te staan.

FIGUUR 13 Percentage instellingen met een negatief resultaat en het totale resultaat



Bron: [Kingsfund](#), FD, [Wie doet het met wie](#)



Primaire focus op het anders organiseren van de zorg.....

Daar waar in veel landen nog efficiencywinst te behalen valt in productiviteit* lijkt in Nederland de potentiële efficiencywinst beperkt. De winst moet eerder gezocht worden in andere en slimmere manieren van werken om schaarse capaciteit optimaal te benutten:

- 1 Het zo veel mogelijk digitaliseren van zorgprocessen: het voorkomen van (duurdere) zorg, verplaatsen (dichterbij mensen thuis) en vervangen van zorg (door andere zorg, bv. e-health).
- 2 Inzet van integraal capaciteitsmanagement ondersteund door technologie (bij ziekenhuizen en andere aanbieders in de keten).
- 3 Inzetten op shared service centra voor algemeen ondersteunende en medisch ondersteunende diensten.
- 4 Niet-zorggerelateerde taken zo veel mogelijk reduceren en wegnemen bij artsen en verpleegkundigen, waar mogelijk door aanpassingen van regelgeving en door gebruik van technologie en robotisering.
- 5 Verdere taakdifferentiatie en inzet van nieuwe zorgprofielen en vaardigheden om: (1) technologie en robotisering in te kunnen zetten om routinematige taken over te nemen (2) breder op de arbeidsmarkt te kunnen werven.

Om de veranderingen te realiseren zijn er een aantal barrières die weggenomen moeten worden:

- a Opbouw regionale netwerken zodat: (1) opvang thuis en in eerste lijn ook echt te realiseren is (2) er voldoende capaciteit is bij GGZ, revalidatie en langdurige zorg om zo de uitstroom vanuit het ziekenhuis goed te regelen.
- b Financiële prikkels optimaliseren door:
 - passende vormen van bekostiging te ontwikkelen die het nieuwe zorgaanbod mogelijk maken;
 - inkoop op waarde (VBHC) en meerjarencontracten af te sluiten inclusief shared savings;
 - investeringsfondsen op te zetten voor afschrijving infrastructuur die overtollig wordt.
- c Verbeteren investeringscapaciteit door bevorderen en faciliteren gerichte investeringen in technologie:
 - Op lokaal / regionaal niveau in bijvoorbeeld regionale digitale netwerken (voorkom maatschappelijk onnodige investeringen door centralisatie).
 - Nieuwe financieringsbronnen die tegemoetkomen aan maatschappelijke functies (bijvoorbeeld pensioenfondsen).
 - Landelijk programma om routinematig werk te digitaliseren zodat op PNIL bezuinigd kan worden.
- d Inhoud opleidingen actualiseren en IT en zorgvernieuwing een plek geven.



Noot: * meer doen met minder mensen door gewoon meer patiënten in te plannen, consulttijd te verkorten, minder bezetting etc

Bronnen: KPMG - [Juiste zorg op de juiste plek](#), [Wie doet het met wie?](#)

IT-ondersteuning

*"It's imperative to remember that technology is an **enabler** — the focus needs to be less on implementing the system and more on implementing the changes in the business enabled by that system."*

Liam Walsh, KPMG US

..... en het belang van IT-ondersteuning

IT-ondersteuning essentieel om de zorg anders te kunnen organiseren, concreet betekent dit:

- investeren in nieuwe zorgtechnologie en health data analytics;
- investeren in (regionale) zorgplatforms (zowel gericht op uniforme data als functionaliteit);
- investeren in betere uitwisseling met patiënten, bijvoorbeeld persoonsgebonden omgevingen en specifieke health apps als medische interventie.

Initiatieven als 'Juiste zorg op de juiste plek', en de voorgenomen bezuinigingen in het hoofdlijnenakkoord, kunnen alleen maar succesvol zijn als de juiste IT-infrastructuur beschikbaar is. Deze infrastructuur reikt inmiddels veel verder dan de muren van de zorginstelling. Steeds meer gaat het om de goede uitwisseling van medische gegevens tussen zorgprofessionals onderling en met patiënten. In Nederland worden goede stappen gezet met programma's zoals Registratie aan de bron, MedMij en VIPP, onderdeel van de 'outcomedoelen' van het informatiebeeraad zorg van VWS. Er zijn transitiegelden en VIPP-gelden beschikbaar voor implementatie, maar het is niet dekkend om de echte

transformatie naar digitale zorg te kunnen maken. IT is al tot in de haarvaten van het ziekenhuis aanwezig, onder andere door de vele investeringen die de meeste instellingen hebben gedaan in een EPD. Hiermee is de stap naar digitale zorg nog niet gemaakt. Er zijn in de zorg hoge verwachtingen rondom de 'digitale transformatie', maar nog niet altijd is duidelijk wat dat concreet betekent. Additionele investeringen zijn nodig, gericht op:

1. het benutten van nieuwe digitale zorgconcepten (zorg IT als medische interventie);
2. het mogelijk maken van zorg en monitoring op afstand;
3. het mogelijk maken van gestructureerde informatie-uitwisseling met andere zorgverleners (waarvoor gestructureerde en gecodeerde registratie vaak randvoorwaardelijk is);
4. inzage geven in het medisch dossier aan de patiënt;
5. het mogelijk maken van nieuwe geavanceerde oplossingen zoals advanced decision support-systemen.

Zeven lessen learnt om verbetering middels technologie te realiseren (zie KPMG Digital Health-publicatie)



1. Transformatie eerst, daarna technologie

Dit betekent nieuwe manier van werken eerst, daarna de technologie. Niet andersom



3. Systeemontwerp

Technologie dient problemen op te lossen. Dit vereist diepgaande kennis van het werk en de behoeften van eindgebruikers



5. Diverse iteraties en continu leren

Ondanks een goed ontwerp zullen er diverse iteraties en cycli van leren nodig zijn, voordat investeringen zich terugbetalen



7. Governance en data security

Door toenemende dreiging van o.a. cyberaanvallen vereist het uitwisselen van data governance en data security



2. Menselijke problemen, niet technologie-problemen

Dit vereist leiderschap en veranderkundige vaardigheden



4. Investeer in analytics

Vaak doen aanbieders investeringen in IT-systemen, maar onvoldoende in vaardigheden om data om te zetten in inzichten



6. Interoperabiliteit

Het niet kunnen uitwisselen van data tussen systemen is een beperkende factor. Interoperabiliteit is daarom een vereiste

Bijlagen

Bijlage I – Rentabiliteit UMC's, topklinische en algemene ziekenhuizen

Bijlage II – Ratio's financierbaarheid

Bijlage III – Nederland internationaal vergeleken

Bijlage IV – Terminologie en afkortingen

Bijlage V – Basis van samenstelling & belangrijke overwegingen

Rentabiliteit UMC's, topklinische en algemene ziekenhuizen

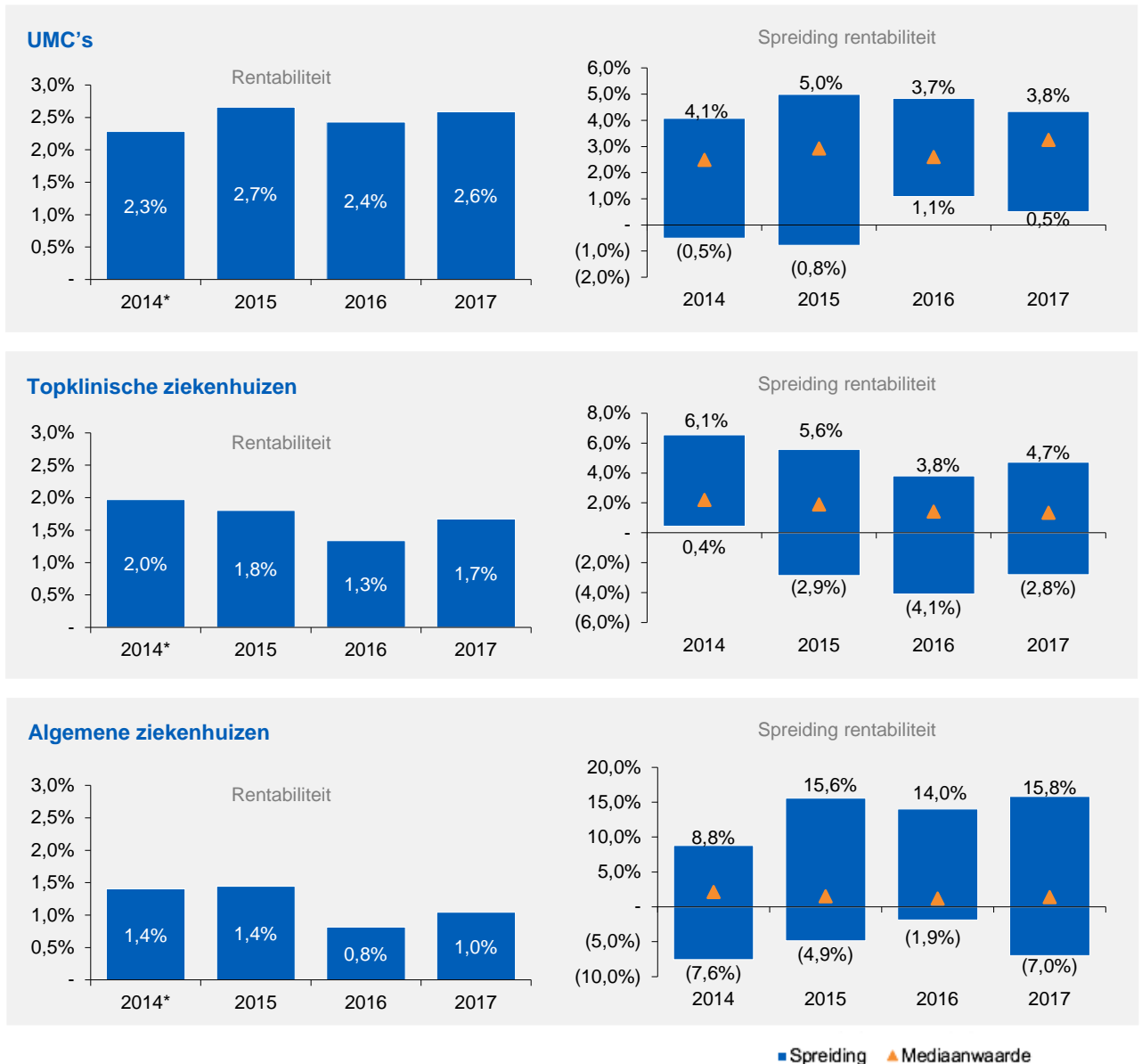
Verschillen tussen typen ziekenhuis

In vergelijking met topklinische ziekenhuizen en algemene ziekenhuizen doen UMC's het qua rentabiliteit beter. Ondanks een daling tussen 2015 en 2016 van 2,6% naar 2,4%, is de rentabiliteit van UMC's hoger dan die van topklinische ziekenhuizen en algemene ziekenhuizen.

Hier liggen enkele verklaringen aan ten grondslag:

UMC's hebben een meer divers profiel: Naast zorg houden UMC's zich ook bezig met onderwijs en doen zij onderzoek.

UMC's krijgen beschikbaarheidsbijdrage academische zorg: om topreferente zorg te leveren aan patiënten die niet in andere ziekenhuizen terecht kunnen.



Noot: *Omzet en personeelskosten in 2014 zijn pro forma aangepast voor honorariumkosten
Bron: Jaarverantwoording in de zorg

Sample: N=43 voor algemene ziekenhuizen
N=19 voor topklinische ziekenhuizen
N=8 voor UMC's
N=70 voor alle ziekenhuizen

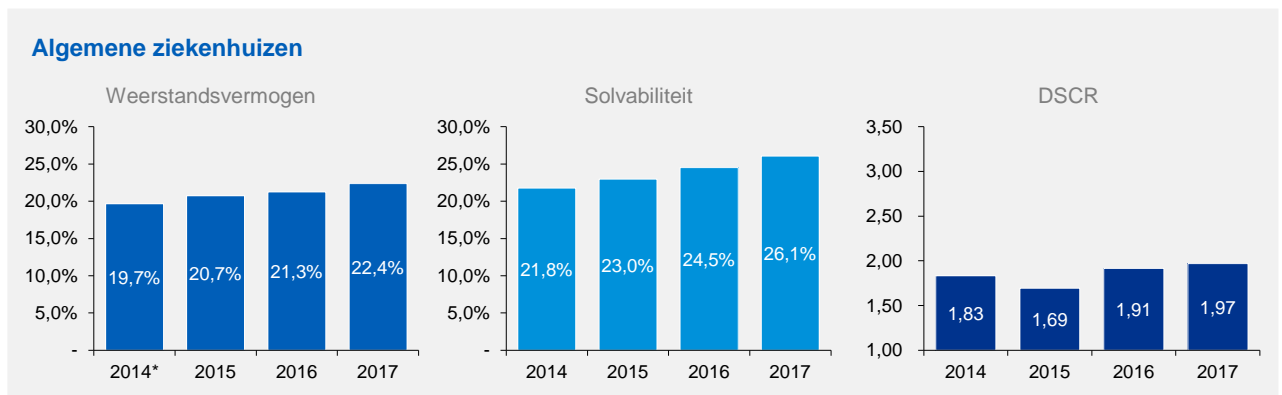
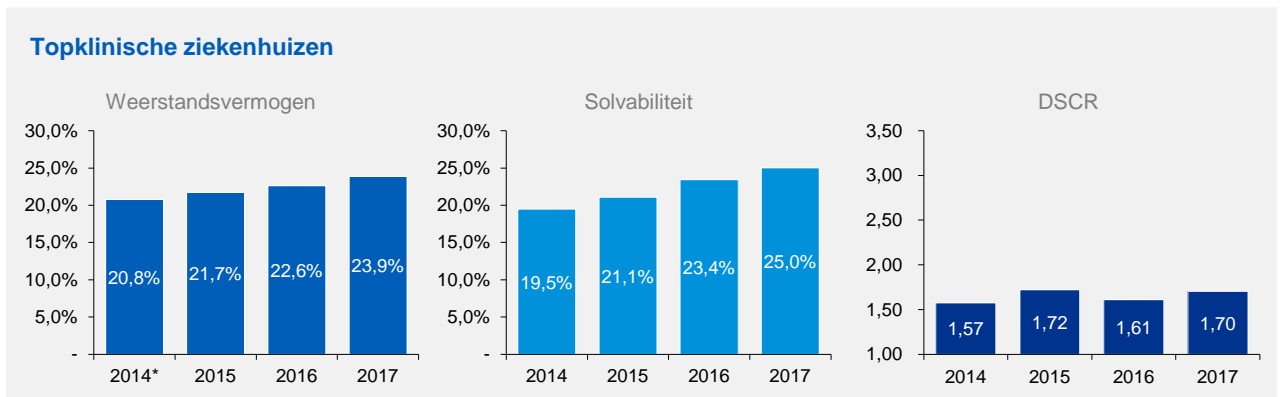
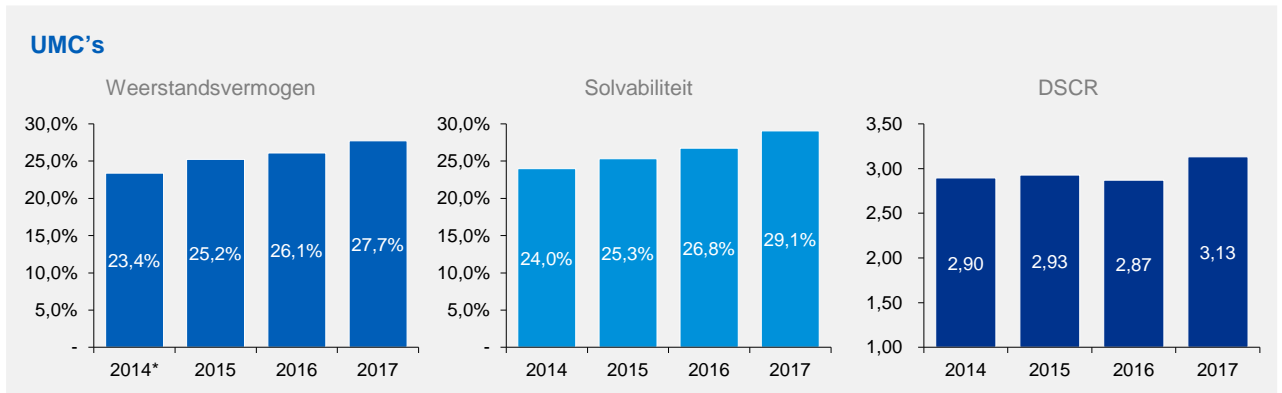
Ratio's financierbaarheid

Financiële positie

Zowel de solvabiliteit als het weerstandsvermogen laat een jaarlijkse verbetering zien. Een teken dat het eigen vermogen sneller groeit dan de totale activa en omzet. De solvabiliteit ligt boven de gangbare norm van 20% die het Waarborgfonds voor de Zorgsector hanteert (WFZ). Dit is een onafhankelijk instituut dat zorginstellingen de mogelijkheid biedt voordelige leningen af te sluiten.

Aflossingscapaciteit

De aflossingscapaciteit van ziekenhuizen is sinds 2014 verbeterd, gelet op de stijgende lijn in de DSCR en de dalende lijn in Debt to EBITDA-ratio. Dit is gunstig voor het eventueel aantrekken van nieuwe financiering.

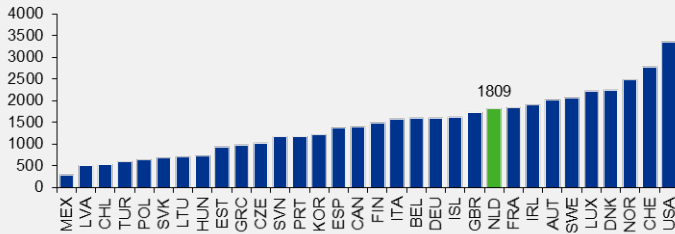


Noot: *Omzet en personeelskosten in 2014 zijn pro forma aangepast voor honorariumkosten
Bron: Jaarverantwoording in de zorg

Sample: N=43 voor algemene ziekenhuizen
N=19 voor topklinische ziekenhuizen
N=8 voor UMCs
N=70 voor alle ziekenhuizen

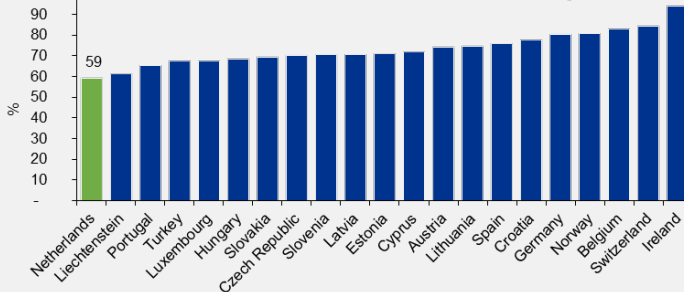
Nederland internationaal vergeleken

Uitgaven per hoofd van de bevolking boven gemiddelde (\$ 1.809 per hoofd van de bevolking, 2016)



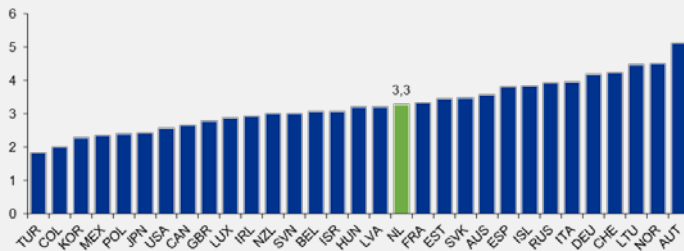
De OECD 'Health expenditure and financing dataset' bevat data met gezondheidszorguitgaven (bijvoorbeeld naar type aanbieder). Deze dataset kan gebruikt worden om een vergelijking tussen landen te maken.

Nederlandse ziekenhuizen hebben een relatief lage bedbezetting (59% in 2016)



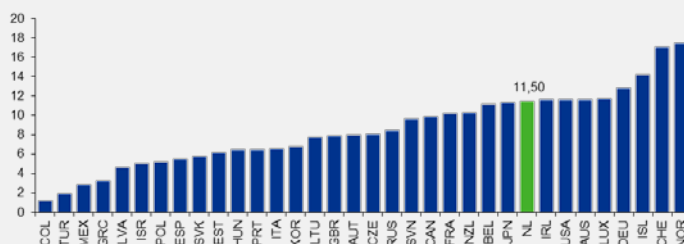
Is het aantal patiënten gedeeld door het aantal operationele bedden. Dit zegt iets over hoe efficiënt de beschikbare bedden benut worden.

Aantal artsen per 1.000 inwoners rond het gemiddelde (3,3 per 1.000 inwoners, 2016)



Artsen is gedefinieerd als 'praktiserend', en die zorg leveren aan patiënten. In verband met een gebrek aan data is er voor een aantal landen gebruikgemaakt van het aantal 'professioneel actieve' artsen (Canada, Frankrijk, Nederland, Slowakije en Turkije).

Aantal verpleegkundigen per 1.000 inwoners net boven het gemiddelde (11,5* per 1.000 inwoners, 2016)



Verpleegkundigen is gedefinieerd als 'praktiserend', en die zorg leveren aan patiënten. In verband met een gebrek aan data is er voor een aantal landen gebruikgemaakt van het aantal 'professioneel actieve' verpleegkundigen (Frankrijk, Ierland, Italië, Nederland, Portugal, Slowakije, Turkije en US).

Noot: * In verband met herregistratie ontbrak het aantal verpleegkundigen voor 2016 in de dataset (2013 beschikbaar). Het aantal is berekend door het totaal aantal BIG geregistreerde verpleegkundigen begin 2017 te delen door het aantal inwoners van Nederland

Bronnen: OECD, CBS, Eurostat

Terminologie en afkortingen

CAGR

Compound annual growth rate, oftewel de samengestelde jaarlijkse groei

Debt / EBITDA

Het vermogen om op korte en lange termijn aan betalings- en aflossingsverplichtingen te voldoen: Nettoschuld / EBITDA

DSCR

Debt service coverage ratio: Mate waarin kasstroom toereikend is om aan de korte termijn aflossings- en renteverplichting te voldoen: EBITDA / (Aflossingsverplichting komend boekjaar + financiële lasten)

EBITDA-marge

Mate van operationele winstgevendheid: EBITDA / Totaal opbrengsten

Honorariumkosten

Kosten voor het honorarium van de specialist. Door een wijziging in 2015 zijn de omzet en personeelskosten in 2014 niet vergelijkbaar. Deze zijn pro forma aangepast door het groeipercentage van 2015-2016 terug te rekenen

NVZ

Nederlands Vereniging van Ziekenhuizen

NVB

Nederlands Vereniging van Banken

ORT

Onregelmatigheidstoeslag

PNIL

Personeel niet in loondienst

Rentabiliteit

Mate van winstgevendheid: Resultaat / Totaal opbrengsten

Solvabiliteit

Het vermogen om op korte en lange termijn aan betalings- en aflossingsverplichtingen te voldoen: Eigen vermogen / Totaal activa

Weerstandvermogen

Indicator van vermogenspositie: Eigen vermogen / Totaal opbrengsten

Basis van samenstelling & belangrijke overwegingen

Basis van samenstelling

1. Zorginstellingen leveren financiële data, operationele gegevens en KPI's digitaal aan bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ('Jaarverslagenzorg'). In de algemene informatie geven de instellingen hun eigen typering aan. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport verzamelt deze gegevens in de zogenaamde DigiMV-database (openbaar toegankelijk).
2. KPMG heeft vervolgens een aantal aanpassingen gemaakt, zoals:
 - a. Het filteren van de instellingen uit de DigiMV-dataset op basis van de aangegeven typering. Zorginstellingen kunnen meer dan één typering aangeven (bijvoorbeeld een GGZ-aanbieder die ook jeugdzorg levert). Echter, waar dit het geval is zijn de gegevens niet op te splitsen naar de verschillende typering. Op basis van de aangegeven typering, algemene marktkennis en fte-allocatie heeft KPMG een typering per instelling toegewezen.
 - b. Het filteren op zorginstellingen waarvoor voldoende consistente en betrouwbare data beschikbaar is voor de gehele periode om zo tot een vergelijkbare analyse te komen. Zo zijn recent gefuseerde instellingen buiten beschouwing gelaten.
 - c. Het filteren op een omzetzijde van minimaal EUR 15 m.
 - d. Het corrigeren van een aantal evidente fouten in de data en het aanvullen van prominente omissies in de data op basis van de originele jaarrekeningen. Mogelijke datafouten betreffen onder andere: invoer in duizenden euro's in plaats van in hele euro's, omdraaien van negatieve en positieve getallen en specifieke items binnen de winst-en-verliesrekening en balans die niet optellen tot respectievelijk het nettoresultaat en het totaal aan activa/passiva. Omissies in de data troffen we bijvoorbeeld relatief veel aan bij productieaantallen en een aantal andere KPI's. Het is desalniettemin mogelijk dat wij bepaalde fouten / omissies niet hebben gecorrigeerd / aangevuld. We maken daarom van deze gelegenheid gebruik om alle instellingen op te roepen om de DigiMV-database accuraat en volledig te (blijven) vullen.
3. KPMG heeft de verrijkte en geschoonde dataset als basis gebruikt voor deze analyse.

Belangrijke overwegingen

Het corrigeren, aanvullen en opschonen van de data is een zorgvuldig proces geweest. Echter, wij hebben geen accountantscontrole op de cijfers uit de DigiMV-database uitgevoerd. Desalniettemin kan op enkele individuele parameters of KPI's een 'outlier' geïdentificeerd worden. Een 'outlier' kan duiden op onvolledige of onbetrouwbare data, bijvoorbeeld door het volgende:

- verschillen in de interpretatie van de invulvelden in de DigiMV-database;
- fouten bij het invullen (bijvoorbeeld verkeerde typering andere invulfouten);
- sommige instellingen hebben relatief veel overige activiteiten (bijvoorbeeld jeugd- of thuiszorg) waardoor enkele KPI's minder zeggingswaarde krijgen en uit de toon kunnen vallen, maar rekenkundig niet onjuist hoeven zijn;
- verschillen in gehanteerde definities, bijvoorbeeld als gevolg van de overgang (of niet) naar nieuwe registratierichtlijnen (bijvoorbeeld een verschuiving tussen opnames en dagverplegingen of een verstoring door het aggregeren van opnames, dagverpleging en klinische opnames);
- verschuivingen tussen regels (bijvoorbeeld tussen overige personeelskosten en operationele kosten); en/of
- verschillen in bedrijfsmodel (bijvoorbeeld vaste activa in eigendom versus huur).

De meeste resterende outliers zijn gevalideerd via een aansluiting naar de originele brondocumentatie (bijvoorbeeld de gepubliceerde jaarrekening). Bij een enkele individuele instelling is het mogelijk dat bepaalde datapunten toch nog een fout bevatten of onvolledig ogen. Wij beschouwen de gebruikte data voor de instellingen echter, over het geheel genomen, als meer dan voldoende compleet en betrouwbaar om als goede basis te kunnen dienen.



Contact

De contacten binnen KPMG met betrekking tot dit rapport zijn:



Ruben Mikkers

KPMG Transaction Services

Partner, Amstelveen, KPMG Advisory N.V.

Tel: +31 (0)20 656 4542



Anna van Poucke

KPMG Health

Partner, Amstelveen, KPMG Advisory N.V.

Tel: +31 (0)20 656 8595



Arno de Vries

KPMG Health

Manager, Amstelveen, KPMG Advisory N.V.

Tel: +31 (0)20 656 8240

deVries.Arno@kpmg.nl