



oktober 2024

TEN MINSTE HOUDBAAR TOT..

Hoe houden we ziekenhuiszorg toegankelijk?

GUPTA
STRATEGISTS



TEN MINSTE HOUDBAAR TOT...

Hoe houden we ziekenhuiszorg toegankelijk?

Samenvatting

Toegankelijkheid van zorg is ambitie nummer één van partijen in de zorg, landelijk en regionaal. Die toegankelijkheid staat voor ziekenhuiszorg onder druk door tekort aan personeel in cruciale functies. Daardoor slinkt het aantal locaties voor acute zorg. Ook de financiële gezondheid van ziekenhuizen is verslechterd sinds 2019, waardoor innovatie en nieuwbouw niet vanzelfsprekend zijn. In dit onafhankelijke rapport brengen we deze drie aspecten (personeels-tekort, dekking acute zorg en financiële gezondheid) per ROAZ-regio in kaart. Daaruit blijkt dat elke regio zijn eigen hoofdpijndossiers kent.

IZA: collectieve ambitie

In het Integraal Zorgakkoord (IZA)¹ spreken VWS en de belangrijkste partijen de collectieve ambitie uit om de zorg voor iedereen toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar te houden. De *mid-term review* van het IZA² (juni 2024) laat zien dat de beweging goed gestart is, maar dat de doelen zeker nog niet gerealiseerd zijn. In de zorgparagraaf van het huidige regeerprogramma³ is het voornemen opgenomen om het IZA te verbreden, te intensiveren, te concretiseren en te verlengen tot 2028. Een van de kernthema's daarbij is het realiseren van gelijkwaardige toegang tot zorg voor alle inwoners van Nederland.

Ziekenhuizen: cruciale schakel

Ziekenhuizen hebben een cruciale rol in ons zorgstelsel, zeker in regio's met een lagere bevolkings- en ziekenhuisdichtheid. Het kabinet Schoof benoemt in het regeerprogramma dan ook expliciet behoud van streekziekenhuizen in zo volwaardig mogelijke vorm. Daarnaast wil het kabinet ervoor zorgen dat de beschikbaarheid van spoedeisende zorg en acute verloskunde in iedere regio goed geregeld is.

¹ [Integraal Zorgakkoord](#).

² [Kamerbrief bij mid-term review Integraal Zorgakkoord](#).

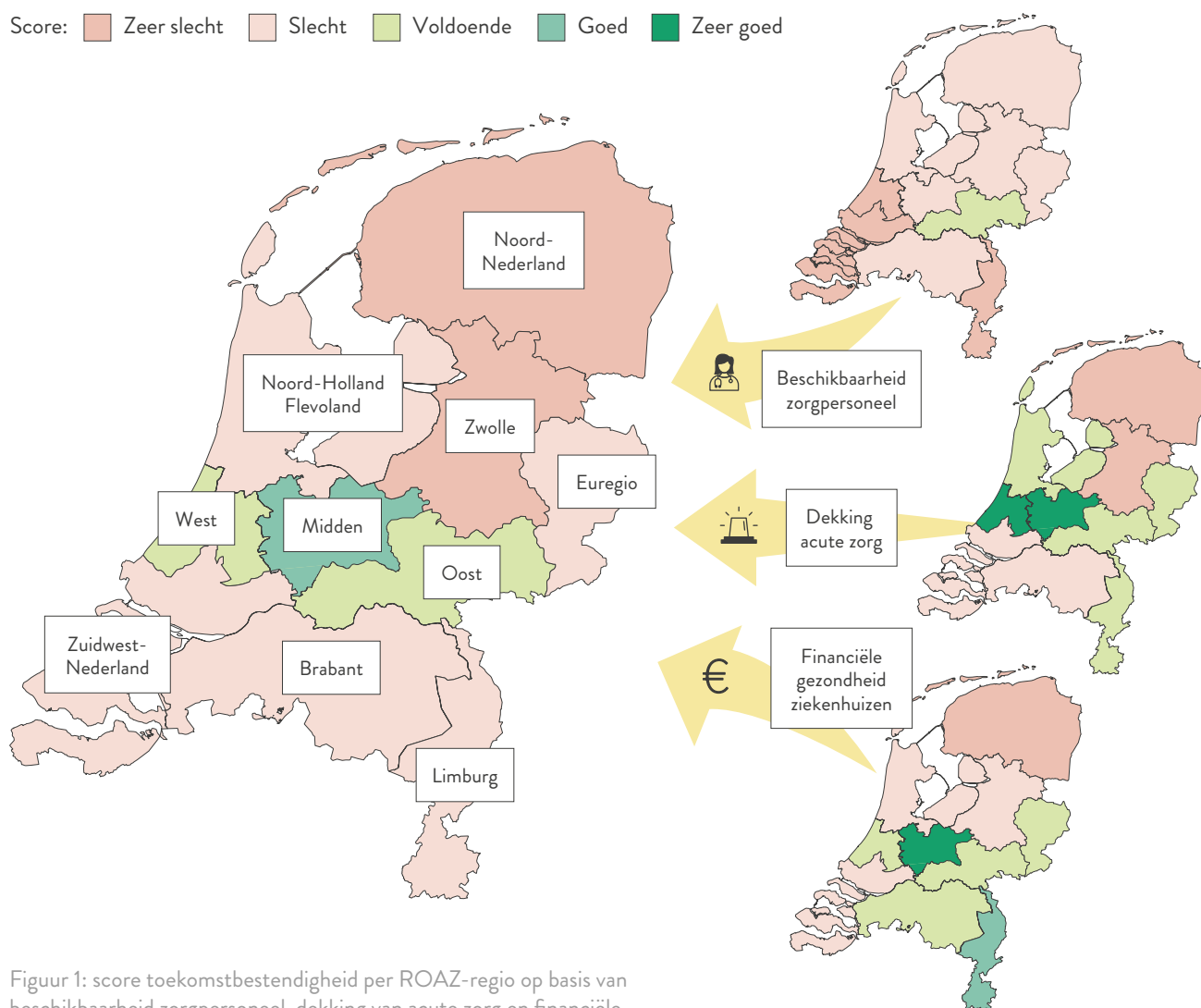
³ [Regeerprogramma kabinet Schoof](#).

Onafhankelijk onderzoek: personeel, acute zorg en financiële gezondheid per regio

Maar hoe staat de toegang tot ziekenhuiszorg in Nederland er eigenlijk voor? In deze onafhankelijke studie van Gupta Strategists onderzoeken we of de ziekenhuiszorg toegankelijk blijft. Daarvoor hebben we per ROAZ-regio de belangrijkste vereisten in beeld gebracht: beschikbaarheid van **personeel**, dekking van **acute zorg** en **financiële gezondheid** van ziekenhuizen.

Op basis van onze analyses staan Noord-Nederland en de regio Zwolle voor de grootste opgave qua toegankelijkheid van ziekenhuiszorg. De meeste andere regio's hebben op één of meerdere vereisten grote uitdagingen.

Score: ■ Zeer slecht ■ Slecht ■ Voldoende ■ Goed ■ Zeer goed



Figuur 1: score toekomstbestendigheid per ROAZ-regio op basis van beschikbaarheid zorgpersoneel, dekking van acute zorg en financiële gezondheid van ziekenhuizen.

Personeel: in bijna iedere regio tekort

In vrijwel elke regio is tekort aan zorgpersoneel een groot probleem. Het gaat dan vooral om specifieke functies zoals anesthesiemedewerkers, operatieassistenten, IC-verpleegkundigen en SEH-verpleegkundigen en ook medisch specialisten. Alleen in regio Oost lijkt er voldoende personeel te zijn.

Acute zorg: vooral onder druk in Noord-Nederland en Zwolle

Door sluiting van SEH's zijn inmiddels 30 ziekenhuizen in Nederland gevoelig, volgens de 45-minutennorm voor ambulances. In Noord-Nederland en Zwolle – relatief dunbevolkte regio's – staat de acute zorg het meest onder druk omdat daar het aandeel gevoelige ziekenhuizen groot is.

Financiële gezondheid: Kredietwaardigheid het laagst in Noord-Nederland

35 ziekenhuizen hebben relatief oude gebouwen (voor meer dan 50% afgeschreven), waarvan 19 ziekenhuizen aan plannen werken voor (ver)nieuwbouw. Veel ziekenhuizen zijn beperkt kredietwaardig: ze kunnen nieuwe schuldenlasten voor (ver)nieuwbouw slecht dragen. Sinds 2019 zijn de EBITDA-marges – een maat voor het succes van de bedrijfsvoering – fors gedaald. In de regio Noord-Nederland zijn relatief veel ziekenhuizen beperkt kredietwaardig. De winstmarges zijn redelijk op peil gebleven door beperkte investeringen. Toekomstbestendige ziekenhuiszorg vereist investeringen in gebouwen, IT en innovatie. De huidige situatie is dus niet houdbaar.

Toegang tot ziekenhuiszorg in de toekomst vereist inzet regionale stakeholders voor integrale transformatie

Om zorg toegankelijk te houden, is het nodig dat alle partijen (ziekenhuizen, ketenpartners, zorgverzekeraars en de overheid) in een regio samenwerken. Voor een succesvolle transformatie is het perspectief van de inwoner en patiënt cruciaal.

Inhoudsopgave

| | |
|--|-----------|
| Samenvatting | 3 |
| HOOFDSTUK 1 | |
| Veel ziekenhuizen staan er financieel slecht voor | 7 |
| De COVID-19-pandemie is voorbij; tijd om de financiële balans van ziekenhuizen op te maken | 8 |
| Sinds 2019 zijn de EBITDA-marges fors gedaald, maar de winstmarges zijn op peil gebleven door beperkte investeringen | 9 |
| Een groot aantal ziekenhuizen is beperkt kredietwaardig, bij streekziekenhuizen is dit aandeel groter | 11 |
| HOOFDSTUK 2 | |
| Toegankelijkheid ziekenhuiszorg onder druk door personeelstekort, afname van acutezorglocaties en beperkte kredietwaardigheid | 13 |
| Ook in de toekomst zijn zorgpersoneel, acute zorg en financiële stabiliteit nodig | 14 |
| Toegankelijkheid in Zwolle en Noord-Nederland staat het meest onder druk | 14 |
| Beschikbaarheid van zorgpersoneel is een probleem in bijna iedere regio | 15 |
| Dekking van acute zorg staat het meest onder druk in regio's Noord-Nederland en Zwolle | 17 |
| De kredietwaardigheid van ziekenhuizen is grootste probleem in Noord-Nederland | 18 |
| HOOFDSTUK 3 | |
| Alle hens aan dek voor toegang tot ziekenhuiszorg in de toekomst | 20 |
| Behoud van toegankelijke ziekenhuiszorg vraagt regionale samenwerking en een integrale aanpak | 21 |
| Over dit rapport | |
| Over Gupta Strategists | 24 |
| Over de auteurs | 24 |
| BIJLAGEN | |
| Bijlage 1: Categoriëring ziekenhuizen | 25 |
| Bijlage 2: Verdïeping financiële situatie op ziekenhuisniveau | 30 |
| Bijlage 3: Toelichting berekening van kredietcore en kengetallen | 33 |
| Bijlage 4: Ontwikkeling ziekenhuislocaties | 36 |
| Bijlage 5: Toelichting status van gebouwen en terreinen | 38 |
| Bijlage 6: Toelichting doorrekening impact <i>midlife</i> -renovatie en volledige nieuwbouw | 40 |



HOOFDSTUK 1

**Veel ziekenhuizen staan
er financieel slecht voor**

De COVID-19-pandemie is voorbij; tijd om de financiële balans van ziekenhuizen op te maken

De COVID-19-pandemie heeft grote impact op de Nederlandse zorg gehad, zowel operationeel als financieel. Ziekenhuizen moesten alles op alles zetten om COVID-patiënten te behandelen, terwijl de zorg voor andere patiënten juist afnam^{4,5}. Om te voorkomen dat de afschaling van reguliere zorg (en daarmee een daling van de omzet) in combinatie met hogere kosten voor de bestrijding van COVID-19 zou leiden tot forse financiële problemen bij ziekenhuizen, kwamen partijen landelijke bekostiging- en financieringsafspraken overeen⁶.

Nu de pandemie en de financiële impact van de verschillende afspraken voorbij zijn, is het tijd om de financiële balans op te maken. Financiële resultaten uit de jaren 2020, 2021 en 2022 zijn sterk beïnvloed door de impact van COVID-19. Daarom is dit het eerste moment waarop we de financiële balans van de ziekenhuiszorg zuiver kunnen bepalen, door de resultaten van 2023 te vergelijken met die van 2019.

In dit hoofdstuk laten we zien dat de financiële situatie van ziekenhuizen sinds 2019 over het algemeen is verslechterd. Om ziekenhuizen onderling te vergelijken, delen we ze in vier categorieën in (zie Bijlage 1):



Streekziekenhuizen: ziekenhuizen in gebieden met lage bevolkingsdichtheid



Stadziekenhuizen: ziekenhuizen in gebieden met hoge bevolkingsdichtheid



OHO/NCH-ziekenhuizen: ziekenhuizen met regio-overstijgende functie voor openhartoperaties of neurochirurgische operaties



Umc's: Universitair medisch centra

⁴ [RIVM: Impact van de eerste COVID-19 golf op de reguliere zorg en gezondheid \(15-12-2020\)](#).

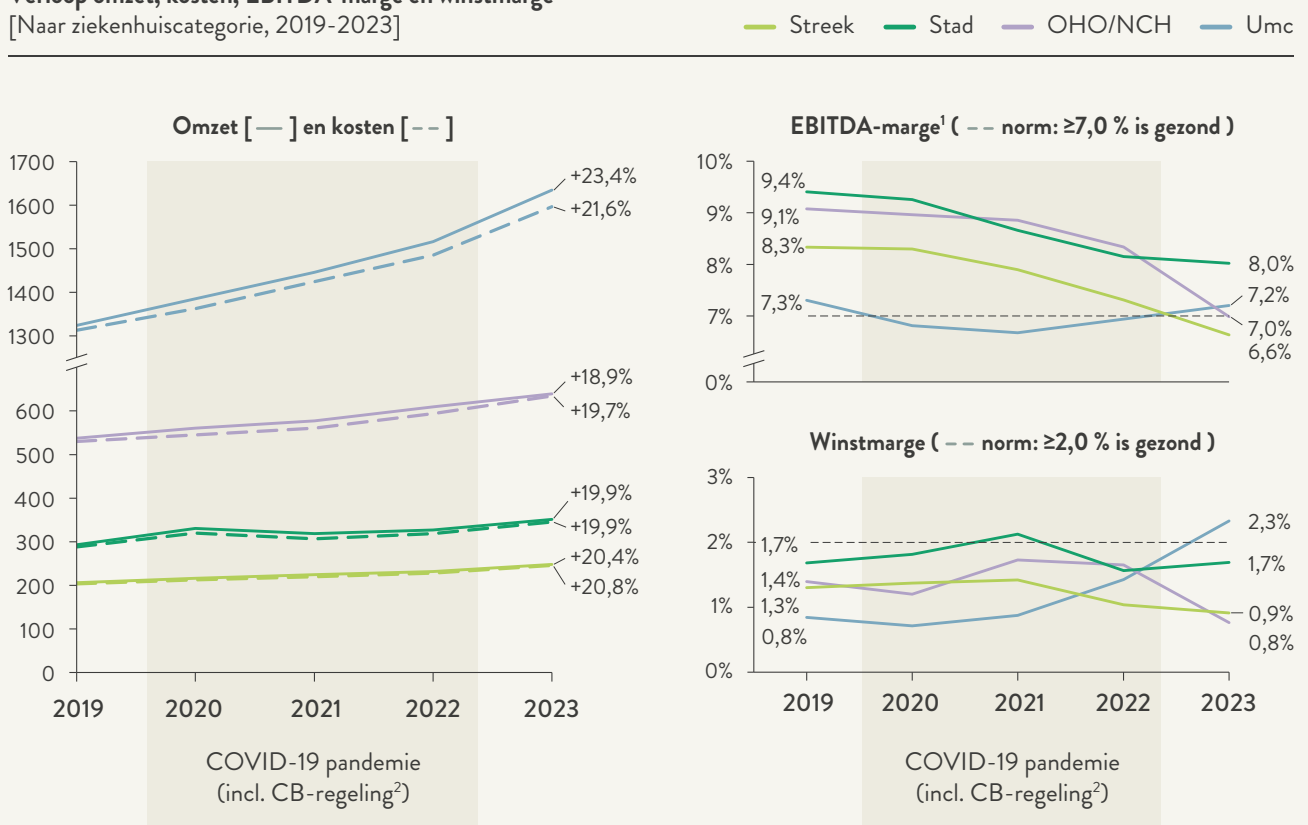
⁵ [Gupta Strategists: Het Koekoeksjong dat COVID heet \(20-05-2020\)](#).

⁶ [Continuïteitsbijdrage-regelingen msz 2020-2022](#).

Sinds 2019 zijn de EBITDA-marges fors gedaald, maar de winstmarges zijn op peil gebleven door beperkte investeringen

De financiële gezondheid van ziekenhuizen is sinds 2019 verslechterd. De kosten zijn gemiddeld genomen sneller gestegen dan de omzet, wat heeft geleid tot een daling van de EBITDA-marge – een maat voor het succes van de bedrijfsvoering – voor alle ziekenhuiscategorieën behalve umc's (zie Figuur 2). De EBITDA-marge is gemiddeld het laagst voor streekziekenhuizen met 6,6% in 2023. Bij OHO/NCH-ziekenhuizen daalde die het sterkst sinds 2019: met 2,1 procentpunt naar gemiddeld 7,0% in 2023. Daarbij verschillen de EBITDA-marges sterk binnen ziekenhuiscategorieën: zo zijn er ook streekziekenhuizen met een gezonde EBITDA-marge boven de 7,0%, terwijl anderen ruim onder de 7,0% zitten, wat wijst op een groot verbeterpotentieel (zie ook Bijlage 2).

Verloop omzet, kosten, EBITDA-marge en winstmarge
[Naar ziekenhuiscategorie, 2019-2023]

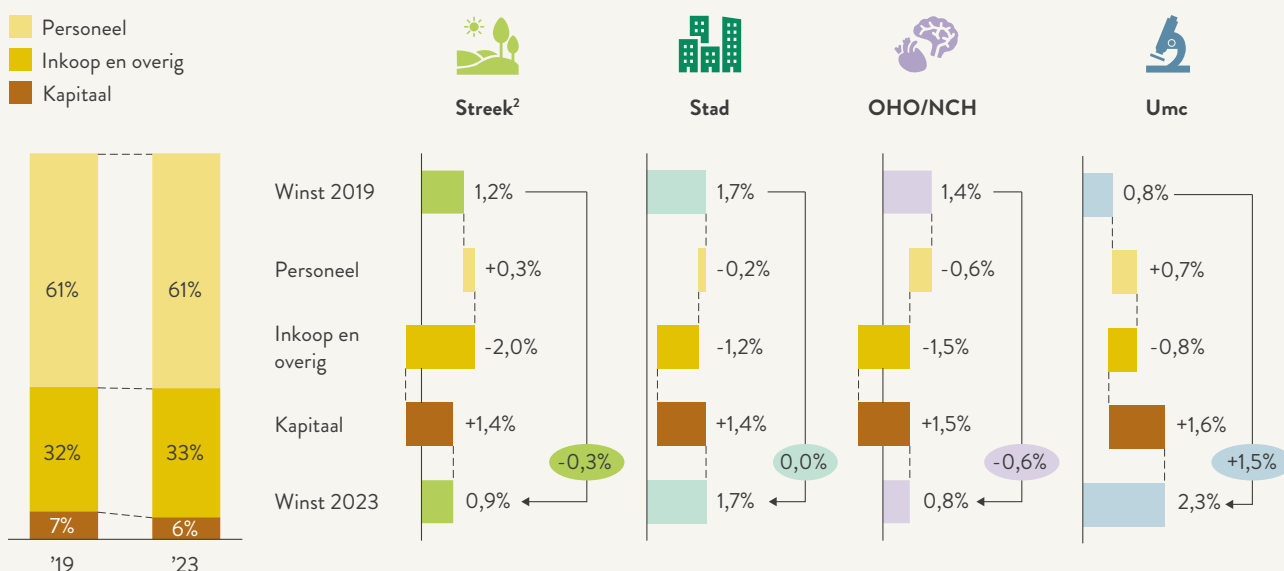


Figuur 2: verloop EBITDA-marge en winstmarge in periode 2019 -2023, naar type ziekenhuis. 1) EBITDA staat voor Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization, oftewel winst voor aftrek van rentelasten, belastingen, afschrijving en afboekingen. Een marge van 7,0% wordt als gezond beschouwd en is een gangbare eis vanuit banken voor het verstrekken van krediet. Voor de winst beschouwen we een marge van 2,0% als voldoende. 2) [Continuïteitsbijdrage-regeling tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars t.b.v. \(financiële\) continuïteit van zorg tijdens de COVID-19 pandemie](#). Voor categorisering van ziekenhuizen zie [Bijlage 1](#). Bron: analyse Gupta Strategists o.b.v. jaarrekeningen ziekenhuizen, DigiMV.

Toch zijn de winstmarges minder hard gedaald dan de EBITDA-marges (zie Figuur 3). Dat komt doordat ziekenhuizen beperkt hebben geïnvesteerd. De kapitaallasten zijn in 2023 in absolute zin slechts met 1% gestegen ten opzichte van 2019. Als de kapitaallasten evenredig met de omzet waren meegestegen, zou de winstmarge voor ziekenhuizen gemiddeld 1,5 procentpunt lager zijn geweest. Ziekenhuizen staan daarin niet alleen, ook in de ouderenzorg is de afgelopen vijf jaar minder geïnvesteerd in vastgoed⁷. De daling van de kapitaallasten heeft de stijging van inkoop- en overige kosten sinds 2019 gecompenseerd.

Kostenopbouw en impact op winstmarge

[% van totaal, 2019 en 2023, naar type ziekenhuis, impact op winstmarge in procentpunten¹]



Figuur 3: kostenopbouw en impact op winstmarge, 2019 en 2023, naar ziekenhuiscategorie. 1) Impact op winstmarge in procentpunten, berekend als (kosten 2019/omzet 2019) – (kosten 2023/omzet 2023). 2) Voor ziekenhuizen met een gesegmenteerde jaarrekening (omdat zij ook ouderenzorg leveren) is het niet mogelijk om de kosten historisch op elkaar aan te sluiten. Daarom zijn er vier kleine streekziekenhuizen niet meegenomen in deze kostenanalyse. 3) De kosten uit 2019 en 2023 zijn vergeleken door de volgende onderverdeling van posten uit de jaarrekening aan te houden: Personeel: PNIL, honoraria, lonen en salarissen, sociale lasten, pensioenpremies, overige/andere personele kosten, dotaties en vrijval personele voorzieningen. Inkoop: overige bedrijfskosten, uitbesteed werk, grond- en hulpstoffen. Kapitaal: afschrijvingen, financiële baten en lasten (incl. resultaat deelnemingen). Bron: analyse Gupta Strategists o.b.v. jaarrekeningen ziekenhuizen.

⁷ [Gupta Strategists: Goede ouderenzorg verdient een sterk fundament \(13-9-2024\).](#)

Een groot aantal ziekenhuizen is beperkt kredietwaardig, bij streekziekenhuizen is dit aandeel groter

Alleen gezonde EBITDA- en winstmarges zijn niet voldoende om kredietwaardig te zijn voor financiering van investeringen. Banken beoordelen de kredietwaardigheid van een ziekenhuis op basis van een combinatie van de volgende ratio's: de EBITDA-marge⁸, de Debt Service Coverage Ratio (DSCR), de net debt/EBITDA-ratio en de solvabiliteit (zie voor verdere toelichting Bijlage 3). Deze kengetallen laten zien in hoeverre het ziekenhuis in staat is om schulden op de korte, middellange en lange termijn te dragen. Op basis van deze kengetallen hebben wij een kredietscore berekend om ziekenhuizen onderling te vergelijken. Een ziekenhuis met een kredietscore van 3 (op vijfpuntschaal) voldoet aan de financiële eisen van banken voor vastgoedfinanciering.⁹

Veertien van de 66¹⁰ (21%) ziekenhuizen zijn beperkt kredietwaardig (gemiddelde kredietscore lager dan 3). Dit is met name het geval bij streekziekenhuizen (7 van de 25, oftewel 28%) en is veelal veroorzaakt door combinatie van lage EBITDA-marge, lage DSCR, hoge Net debt/EBITDA-ratio en lage solvabiliteit. Umc's daarentegen scoren zonder uitzondering een voldoende kredietscore. Het beeld van beperkte kredietwaardigheid komt overeen met de zorgen die de Nederlandse Vereniging van Banken (NVB) en de Koninklijke Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants (NBA) in 2023 uitten bij de toenmalige minister van VWS over de continuïteit van zorginstellingen.¹¹

⁸ Steeds vaker maken banken en ziekenhuizen afspraken over een absolute EBITDA-norm. Om ziekenhuizen te vergelijken hanteren wij in deze studie een procentuele EBITDA-marge.

⁹ O.b.v. ervaring Gupta Strategists en financieringsafspraken die ziekenhuizen beschrijven in hun jaarrekening. Hierbij kan een ziekenhuis voor een van de kengetallen relatief hoog scoren om een lage score bij een ander kengetal te compenseren. Zie ook Tabel 2 in [Bijlage 3](#).

¹⁰ Vier ziekenhuizen zijn niet meegenomen omdat hiervan geen jaarrekening 2023 beschikbaar was.

¹¹ [NVB en NBA: Brief NBA en NVB aan ministerie VWS \(03-04-2023\)](#).

Score: ■ Zeer slecht ■ Slecht ■ Voldoende ■ Goed ■ Zeer goed



Figuur 4: krediet score en financiële ratio's per ziekenhuis, naar ziekenhuiscategorie. Bron: analyse Gupta Strategists o.b.v. jaarrekeningen ziekenhuizen 2023.

HOOFDSTUK 2

Toegankelijkheid ziekenhuiszorg onder druk door personeelstekort, afname van acutezorg- locaties en beperkte kredietwaardigheid

Ook in de toekomst zijn zorgpersoneel, acute zorg en financiële stabiliteit nodig

Toegang tot zorg vereist meer dan alleen financieel gezonde ziekenhuizen. Ook voldoende zorgpersoneel en voldoende dekking van acute zorg zijn nodig om ziekenhuiszorg ook in de toekomst toegankelijk te houden.

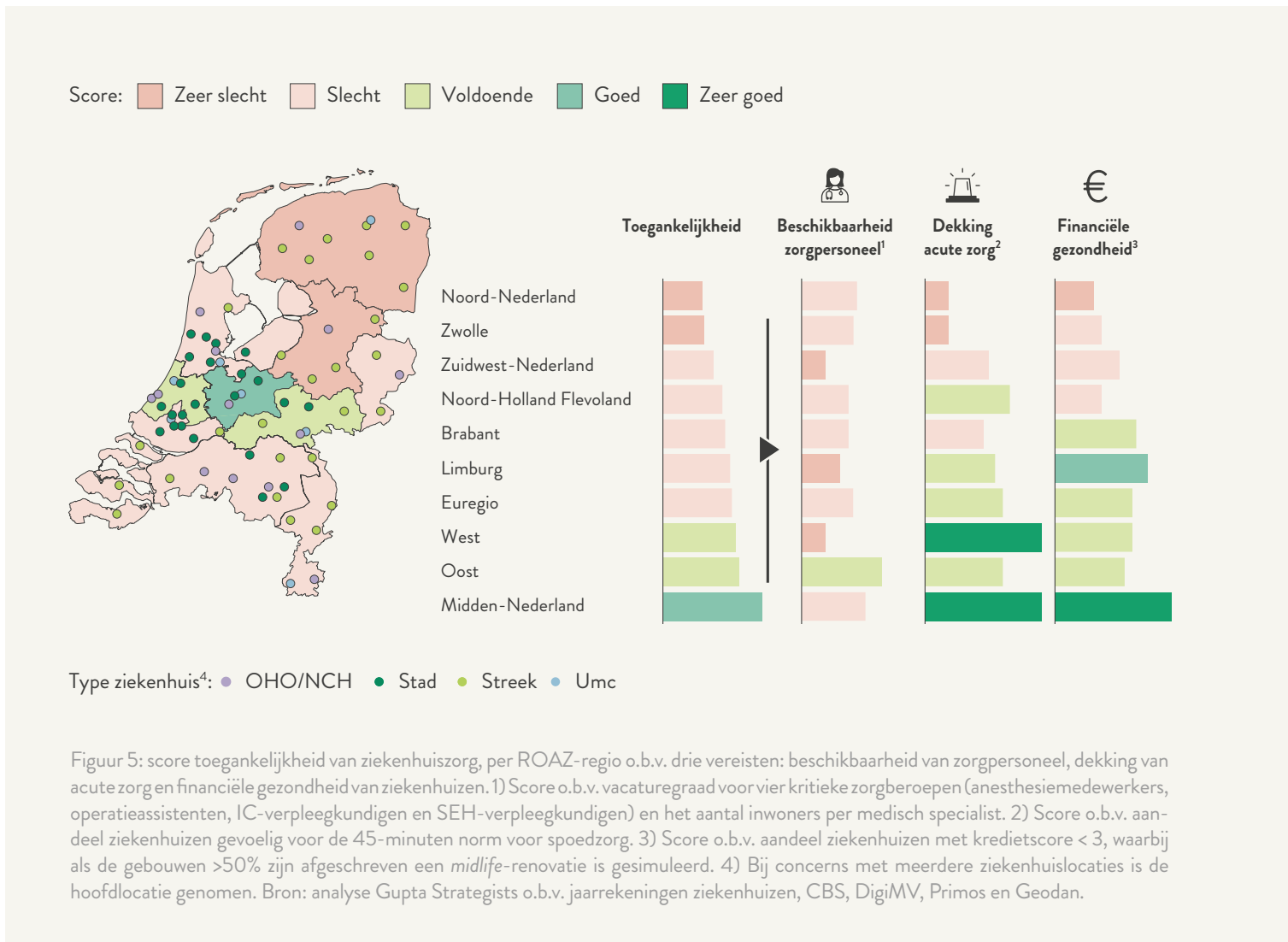
In dit hoofdstuk evalueren we per ROAZ-regio:

- **Beschikbaarheid van zorgpersoneel:** op alle functieniveaus in ziekenhuizen is sprake van tekorten. Naast medisch specialisten zijn een aantal gespecialiseerde medische beroepen, zoals anesthesiemedewerkers, operatieassistenten, IC-verpleegkundigen en SEH-verpleegkundigen, extreem schaars én cruciaal in het zorgproces. De beschikbaarheid van personeel is daarom in kaart gebracht op basis van de gemiddelde vacaturegraad van deze vier kritieke medische beroepen én het aantal inwoners per medisch specialist in iedere regio.
- **Dekking van acute zorg:** sommige ziekenhuizen spelen een onmisbare rol binnen de acute zorg en verloskunde. Als deze ziekenhuizen verdwijnen, duurt het voor sommige inwoners te lang om met een ambulance bij het dichtstbijzijnde ziekenhuis te komen (45-minuten-norm voor ambulances). Deze ziekenhuizen noemt het RIVM “gevoelig” voor de 45-minutennorm¹². De dekking van acute zorg is daarom in kaart gebracht op basis van het aandeel niet-gevoelige ziekenhuizen in iedere regio.
- **Financiële gezondheid van ziekenhuizen:** financiële gezondheid is belangrijk zodat ziekenhuizen hun dagelijkse zorgactiviteiten uit kunnen blijven voeren. Daarnaast is het nodig dat ziekenhuizen kredietwaardig zijn om noodzakelijke (vastgoed-)investeringen te kunnen doen. De financiële gezondheid van ziekenhuizen is daarom in kaart gebracht op basis van kredietwaardigheid, waarin de investeringsbehoefte voor renovatie is meegewogen.

Toegankelijkheid in Zwolle en Noord-Nederland staat het meest onder druk

Elke ROAZ-regio heeft zijn eigen problemen als het gaat om toegang tot ziekenhuiszorg (zie Figuur 5). Op basis van onze analyse hebben Noord-Nederland, Zwolle, Zuidwest-Nederland, Noord-Holland Flevoland, Brabant, Limburg en Euregio de grootste opgave. In Noord-Nederland, Zwolle en Zuidwest-Nederland is de score voor alle drie de vereisten (personeel, acute zorg, financiële gezondheid) zorgelijk. In Noord-Holland Flevoland staat de beschikbaarheid van zorgpersoneel en de financiële gezondheid van ziekenhuizen op de voorgrond. Voor Brabant zijn de belangrijkste uitdagingen de beschikbaarheid van zorgpersoneel en de dekking van de acute zorg. In Euregio en Limburg is het tekort aan zorgpersoneel het meest nijpende probleem. Ook in ROAZ-regio's waar de opgave beperkt lijkt, kunnen specifieke aspecten toch grote uitdagingen vormen. Zo kampen Midden-Nederland en West met een relatief groot tekort aan zorgpersoneel.

¹² Er is ook discussie over deze norm; de gezondheidsraad constateerde in 2020 dat er geen medisch wetenschappelijke onderbouwing voor deze norm is (<https://www.gezondheidsraad.nl/actueel/nieuws/2020/09/22/bredere-kijk-nodig-op-45-minutennorm-in-spoedzorg>).



Beschikbaarheid van zorgpersoneel is een probleem in bijna iedere regio

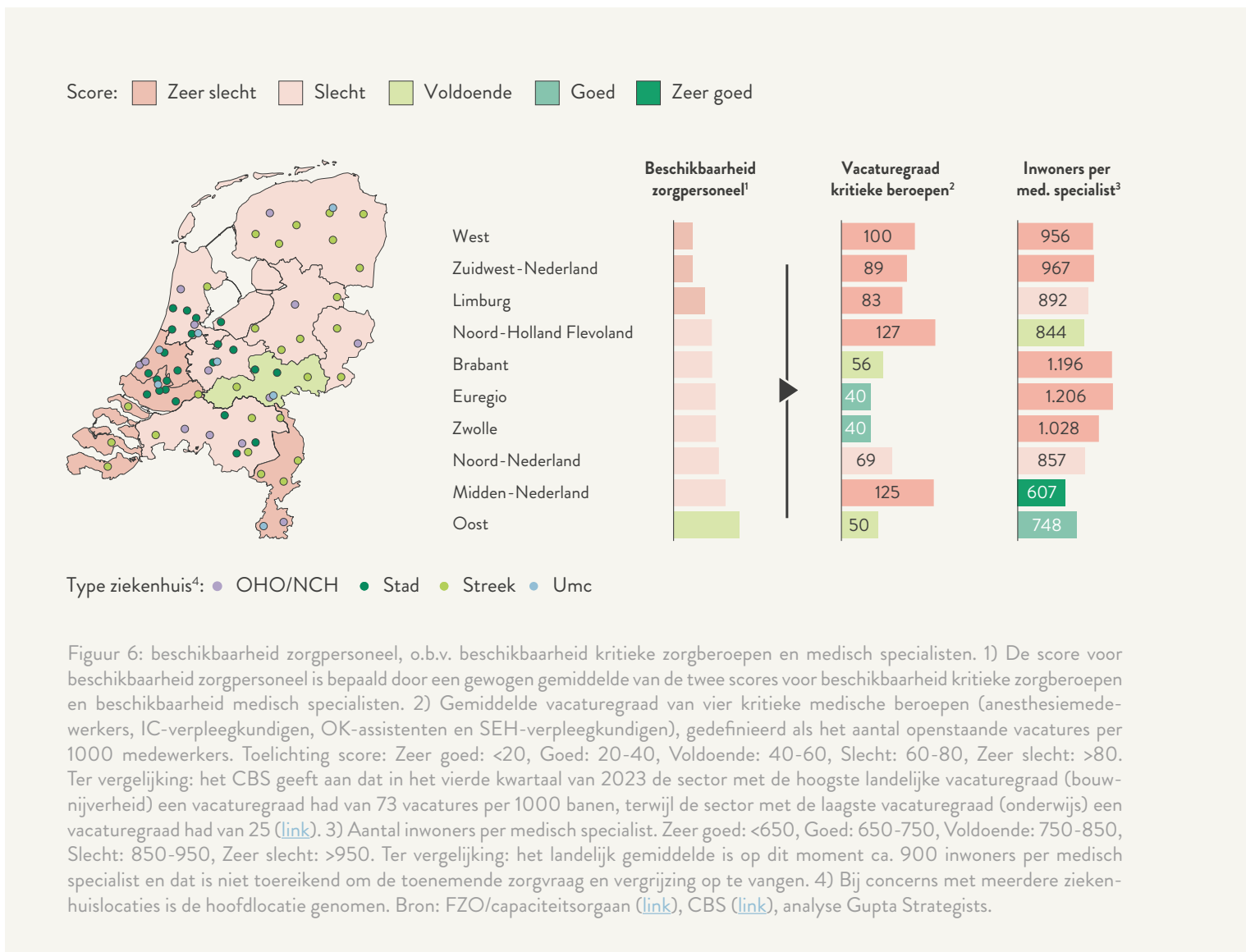
De beschikbaarheid en het behoud van voldoende zorgpersoneel is een landelijk probleem. Het is dan ook een belangrijk onderdeel van het IZA.¹³ Het grootste knelpunt is de beschikbaarheid van vier kritieke zorgberoepen (anesthesiemedewerkers, operatieassistenten, IC-verpleegkundigen en SEH-verpleegkundigen) en van medisch specialisten.¹⁴

¹³ [Voortgang IZA-werkagenda per thematafel: Thematafel 8.](#)

¹⁴ [Capaciteitsorgaan: Capaciteitsplan 2022-2025 Deelrapport 8 FZO beroepen & Ambulanceverpleegkundigen.](#)

Op basis van de gemiddelde vacaturegraad (aantal vacatures per 1.000 medewerkers) zijn de tekorten voor deze vier kritieke zorgberoepen het grootst in de Randstad, Zeeland en Limburg (ROAZ-regio's: Noord-Holland Flevoland, Midden-Nederland, West, Zuidwest en Limburg, zie Figuur 6). Een mogelijke verklaring voor de lage beschikbaarheid van deze zorgprofessionals in de Randstad zijn de hoge woonlasten.

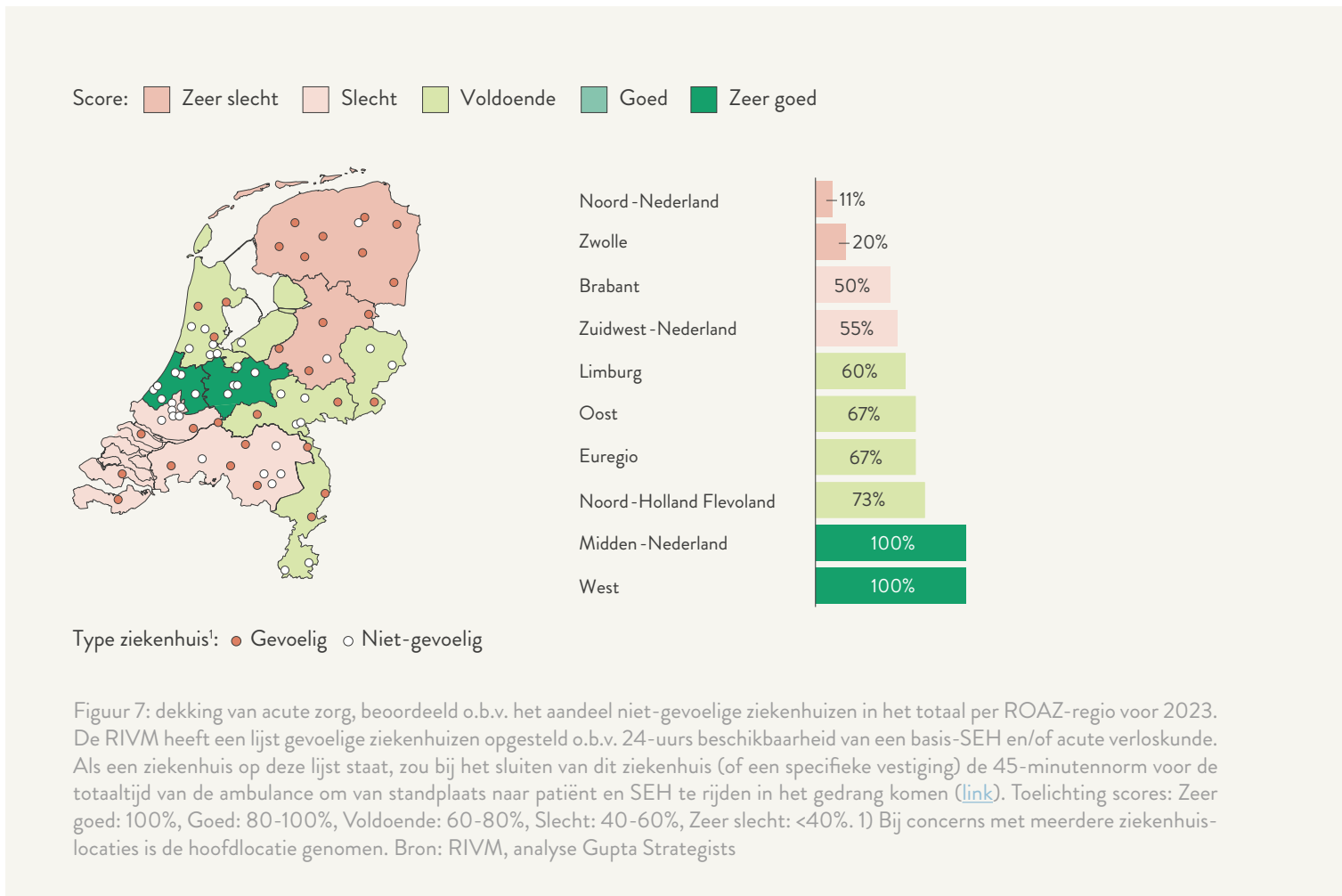
Het tekort aan medisch specialisten is het grootst in Euregio, Brabant, Zwolle, Zuidwest-Nederland en West. Dit is gebaseerd op het aantal inwoners per medisch specialist¹⁵. Hoe meer inwoners per medisch specialist, hoe meer zorgvraag er per medisch specialist is.



¹⁵ Er zijn geen regionale gegevens beschikbaar over de vacaturegraad van medisch specialisten; daarom is als benadering gekeken naar het aantal inwoners per medisch specialist.

Dekking van acute zorg staat het meest onder druk in regio's Noord-Nederland en Zwolle

In de afgelopen vijftig jaar is het aantal ziekenhuislocaties¹⁶ in Nederland met meer dan de helft afgenomen (zie Bijlage 4). Ook het aantal spoedeisende hulp-afdelingen (SEH's) is afgenomen. Door deze afname zijn steeds meer ziekenhuizen gevoelig voor de 45-minuten-norm voor ambulances, met name in dunbevolkte gebieden (zie Figuur 7). Gevoelig betekent dat sluiting van de SEH van het betreffende ziekenhuis tot gevolg heeft dat meer mensen niet binnen de norm naar een SEH vervoerd kunnen worden, vergeleken met wanneer deze SEH open is¹⁷. Momenteel zijn 30 van de 70 ziekenhuizen in Nederland gevoelig volgens deze norm en dit zijn relatief vaak streekziekenhuizen (21 van de 30). Vanwege het grote aandeel gevoelige ziekenhuizen staat de dekking van acute zorg het sterkst onder druk in het noorden van Nederland (Noord-Nederland en Zwolle) en in mindere mate ook in het zuiden (Zuidwest-Nederland en Brabant).



¹⁶ Buitenpoli's, poliklinieken, dag- en weekziekenhuizen niet meegenomen.

¹⁷ [RIVM: Bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde 2024.](#)

De kredietwaardigheid van ziekenhuizen is grootste probleem in Noord-Nederland

Om de financiële gezondheid van een ROAZ-regio te in kaart te brengen kijken we naar het aandeel kredietwaardige ziekenhuizen in de regio, waarbij we rekening houden met behoefte aan nieuwbouw of renovatie. Na deze correctie hebben de ROAZ-regio's in het noorden en zuidwesten het grootste aandeel niet-kredietwaardige ziekenhuizen (zie Figuur 8).

Het is belangrijk om de kredietwaardigheid van ziekenhuizen te corrigeren voor investeringsbehoeften in huisvesting. Nieuwbouw of renovatie vergt aanzienlijke investeringen: volledige nieuwbouw kost ongeveer 1,0 keer de jaaromzet van een ziekenhuis en een *midlife*-renovatie ongeveer 0,3 keer de jaaromzet. Hiervoor is vrijwel altijd externe financiering nodig¹⁸. Bij 35 van de 66 (53%) ziekenhuizen¹⁹ zijn de gebouwen en terreinen voor meer dan 50% afgeschreven. Dit wijst op een behoefte om op de korte of middellange termijn te investeren in huisvesting. Van deze ziekenhuizen hebben er 19 plannen voor grootschalige renovatie of nieuwbouw, of zijn daarmee al gestart (zie overzicht in Bijlage 5). Vaak gaat nieuwbouw of renovatie hand in hand met verduurzaming. Een duurzaam ziekenhuisgebouw is belangrijk om de CO₂-doelstellingen van de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 te behalen.²⁰

Score: ■ Zeer slecht ■ Slecht ■ Voldoende ■ Goed ■ Zeer goed



| | |
|-------------------------|------|
| Noord-Nederland | 33% |
| Zwolle | 40% |
| Noord-Holland Flevoland | 40% |
| Zuidwest-Nederland | 56% |
| Oost | 60% |
| West | 67% |
| Euregio | 67% |
| Brabant | 70% |
| Limburg | 80% |
| Midden-Nederland | 100% |

Type ziekenhuis¹: ● OHO/NCH ● Stad ● Streek ● Umc

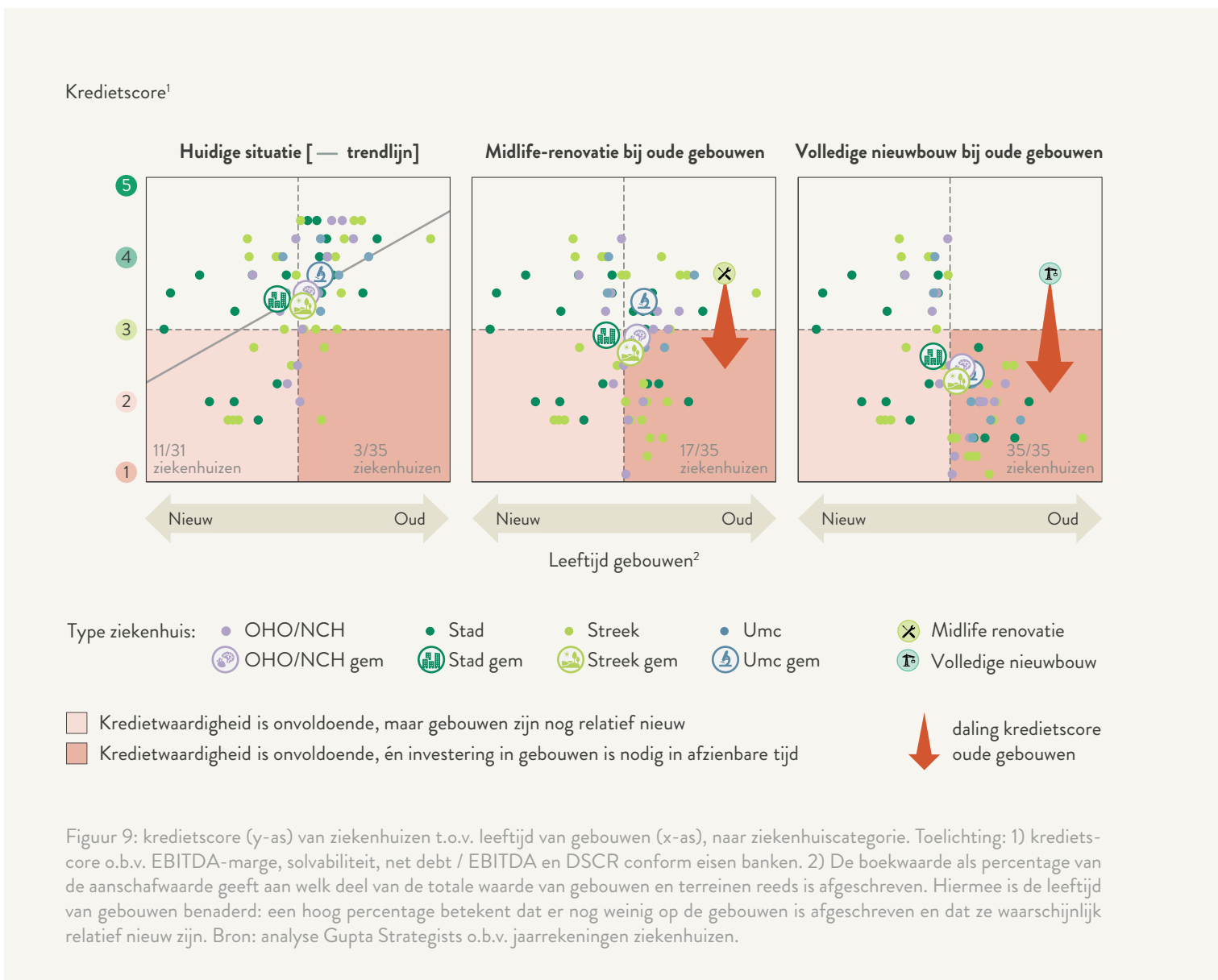
Figuur 8: de score van financiële gezondheid per ROAZ-regio is het aandeel ziekenhuizen dat kredietwaardig is. Voor ziekenhuizen met relatief nieuwe gebouwen (minder dan 50% afgeschreven) betekent dit een kredietscore van ten minste 3 in de huidige situatie, voor ziekenhuizen met relatief oude gebouwen (minstens 50% afgeschreven) betekent dit een kredietscore van ten minste 3 in het scenario van een *midlife*-renovatie (als conservatieve benadering voor de impact van (ver)nieuwbouw). 1) Bij concerns met meerdere ziekenhuislocaties is de hoofdlocatie genomen. Bron: analyse Gupta Strategists o.b.v. CBS, jaarrekeningen 2023 en DigiMV.

¹⁸ In het verleden hebben ziekenhuizen die beperkt kredietwaardig waren nieuwbouw of renovatie gerealiseerd door deze gefaseerd uit te voeren of met behulp van maatschappelijke kredietverstrekkers.

¹⁹ We nemen vier ziekenhuizen niet mee in deze analyse omdat de jaarrekeningen van 2023 niet beschikbaar zijn.

²⁰ [Green Deal Duurzame Zorg](#).

De ongecorrigeerde kredietwaardigheid van ziekenhuizen geeft een vertekend beeld bij het in kaart brengen van de financiële stabiliteit, omdat de langlopende schulden verbonden aan het vastgoed grotendeels zijn afgelost (zie de positieve trendlijn in Figuur 9). We beoordelen daarom de kredietwaardigheid voor ziekenhuizen met relatief nieuwe gebouwen op basis van de huidige situatie en voor ziekenhuizen met relatief oude gebouwen op basis van het scenario *midlife*-renovatie. Op deze manier wegen we de investeringsbehoefte conservatief mee. Bij een gesimuleerde *midlife*-renovatie zijn slechts 17 van de 35 ziekenhuizen met relatief oude gebouwen ‘kredietwaardig’, bij volledige nieuwbouw geen enkele (zie Bijlage 6 voor toelichting op berekening impact *midlife*-renovatie of volledige nieuwbouw).





HOOFDSTUK 3

**Alle hens aan dek voor
toegang tot ziekenhuis-
zorg in de toekomst**

Behoud van toegankelijke ziekenhuiszorg vraagt regionale samenwerking en een integrale aanpak

Het is niet eenvoudig om ziekenhuiszorg ook in de toekomst toegankelijk te houden. Dat vraagt om transformatie met een integrale aanpak. Sinds de start van het IZA in 2022 is de transformatie van zorg in de regio in gang gezet. Het kabinet Schoof houdt vast aan het IZA en benadrukt het belang van gelijkwaardige toegang tot zorg. In alle regio's zijn partijen aan de slag met de transformatie en zijn regiobeelden en -plannen en ROAZ-beelden en -plannen opgesteld.²¹ Op dit moment zijn zorgaanbieders volop bezig met het aanvragen en uitvoeren van transformatieplannen.²² Veel van de huidige (aangekondigde) transformatieplannen richten zich op het verkleinen van de personele tekorten en het verbeteren van de toegang tot acute zorg. De financiële gezondheid van ziekenhuizen wordt echter beperkt geadresseerd. Hierdoor ontbreekt het vaak aan een integrale aanpak waarin ook dat aspect wordt meegenomen. Dit zal dus prioriteit moeten krijgen. Ziekenhuizen kunnen dat echter niet alleen en hebben andere zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de overheid nodig voor een integrale aanpak (zie Figuur 10). Ook het perspectief van inwoners en gemeenten is nodig bij transformatievraagstukken. Grote veranderingen in het ziekenhuislandschap hebben invloed op de (ervaren) toegang tot zorg, vooral in dunbevolkte of krimpregio's waar het aantal ziekenhuislocaties beperkt is. Daarnaast kan in deze regio's een aanpassing van het ziekenhuislandschap invloed hebben op de aantrekkelijkheid van de regio voor bedrijven en inwoners.

Stakeholders in een regio bij transformatie richting toegankelijke ziekenhuiszorg in de toekomst (schematisch)

[■ streekziekenhuis, ■ stadsziekenhuis, ■ OHO/NCH, ■ umc, ■ overige aanbieders (VVT, HAZ, GGZ, etc.)]

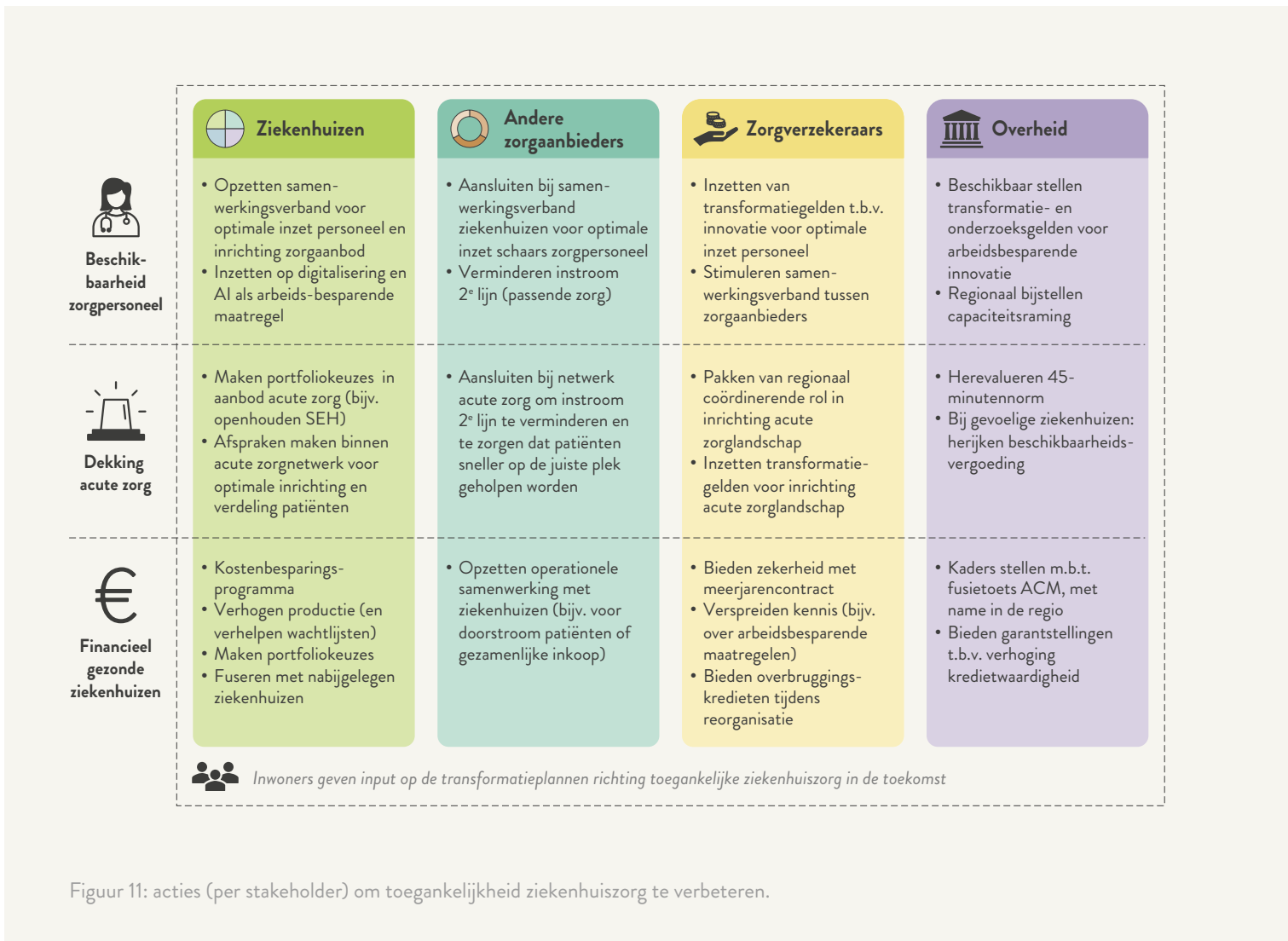


Figuur 10: overzicht stakeholders in een regio bij transformatie richting ziekenhuiszorg die ook in de toekomst toegankelijk blijft.

²¹ [Regiobeelden en regioplannen](#)

²² [Transformatieplannen](#)

Elke regio kent zijn eigen opgaven en karakteristieken en dat pleit voor een regiospecifieke transformatie-aanpak. Ervaringen uit eerdere succesvolle transformaties zijn hierbij input voor duidelijke focusgebieden van partijen. Ziekenhuizen kunnen allereerst focussen op het benutten van het verbeterpotentieel voor de eigen (financiële) prestaties en daarnaast het intensiveren van de samenwerking met omliggende ziekenhuizen. **Andere zorgaanbieders** kunnen bijdragen door te investeren in de ketensamenwerking zodat instroom vermindert, doorstroom verbetert en mensen en middelen optimaal worden ingezet. **Zorgverzekeraars** hebben een belangrijke faciliterende, stimulerende, en waar nodig regisserende, rol via de inzet van transformatiegelden en meerjarenafspraken. De **Overheid** kan tenslotte door het stellen van heldere kaders knelpunten en onzekerheden wegnemen en daarmee de transformatie versnellen. Figuur 11 geeft een overzicht van mogelijke acties om de toegankelijkheid van ziekenhuiszorg te verbeteren. Afhankelijk van de situatie in een regio zijn acties meer of minder passend.



Figuur 11: acties (per stakeholder) om toegankelijkheid ziekenhuiszorg te verbeteren.

| Over dit rapport

Over Gupta Strategists

Gupta Strategists is een onafhankelijk adviesbureau voor organisaties in de zorgsector. Voor alles wat we doen geldt: het moet de zorg aantoonbaar beter maken. Gupta brengt regelmatig onafhankelijke rapporten uit die maatschappelijk relevante inzichten geven en belangrijke trends signaleren.

Over de auteurs

De auteurs van dit rapport zijn Ivo Muskens, Sander Spoelstra, Roxanne van Donselaar - Busschers en Olivier Gerrits. Wij zijn van harte bereid om in gesprek te gaan over de inzichten en onze interpretaties en conclusies.

Ivo Muskens

ivo.muskens@gupta-strategists.com

+ 31 (0)6 26 76 72 51



Sander Spoelstra

sander.spoelstra@gupta-strategists.com

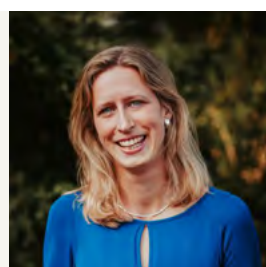
+ 31 (0)6 30 74 87 50



Roxanne van Donselaar - Busschers

roxanne.vandonselaar@gupta-strategists.com

+ 31 (0)6 52 29 56 25



Olivier Gerrits

olivier.gerrits@gupta-strategists.com

+ 31 (0)6 22 94 83 32

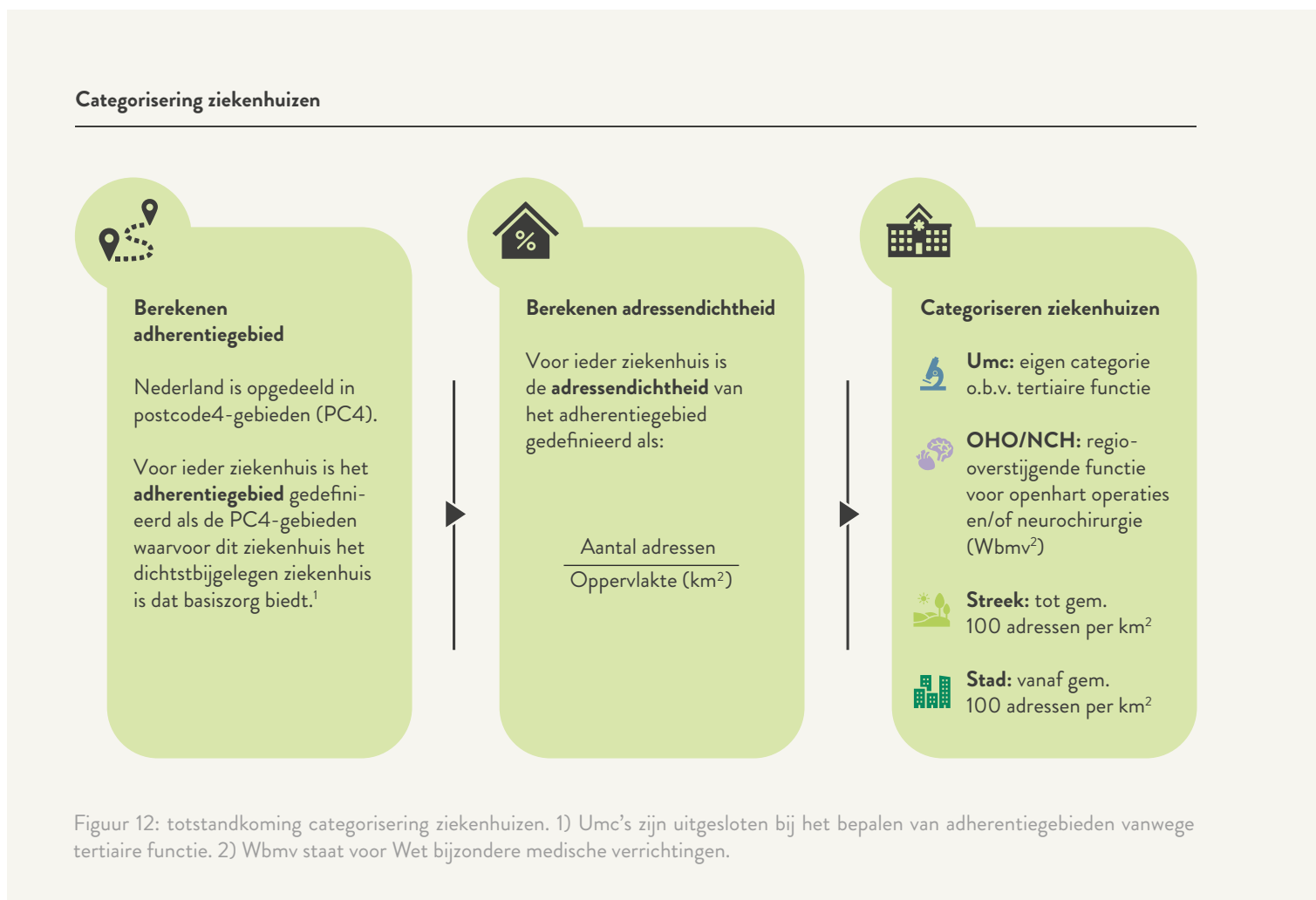




BIJLAGE 1

Categorisering ziekenhuizen

Figuur 12 laat zien hoe de indeling van ziekenhuizen in de vier categorieën tot stand is gekomen. Umc's en ziekenhuizen die openhartoperaties en/of neurochirurgie bieden vormen beiden een eigen categorie. De overige ziekenhuizen zijn op basis van de adressendichtheid in het adherentiegebied geïnclassificeerd als streek- of stadziekenhuis. In Tabel 1 staat welke ziekenhuizen in iedere categorie vallen.



Tabel 1: categorisering ziekenhuizen. Gevoeligheid o.b.v. indeling RIVM o.b.v. rijtjdanalyse ([link](#)). Bij concerns met meerdere ziekenhuislocaties is de hoofdlocatie genomen voor het bepalen van de categorisering. Bron: analyse Gupta Strategists o.b.v. openbare gegevens: CBS, RIVM, jaarrekeningen ziekenhuizen

| Ziekenhuis | Categorisering | Adressen- dichtheid | Aantal adressen | Oppervlakte adherentie- gebied (km ²) | Gevoelig (RIVM) | Opmerking |
|------------------------------|----------------|------------------------|--------------------|---|--------------------|--|
| Saxenburgh | Streek | 19 | 13.007 | 668 | Ja | |
| Treant | Streek | 25 | 44.562 | 1.758 | Ja | |
| ZorgSaam | Streek | 26 | 19.535 | 740 | Ja | Geen JR 2023 beschikbaar |
| Nij Smellinghe | Streek | 27 | 29.059 | 1.081 | Ja | |
| Tjongerschans | Streek | 28 | 27.296 | 977 | Ja | |
| VWBZ | Streek | 29 | 12.071 | 419 | Ja | |
| SKB | Streek | 29 | 12.918 | 440 | Ja | |
| WZA | Streek | 31 | 19.121 | 618 | Ja | |
| Maasziekenhuis Pantein | Streek | 33 | 13.843 | 422 | Ja | |
| Antonius Ziekenhuis | Streek | 35 | 29.073 | 824 | Ja | |
| Ommelander Ziekenhuis | Streek | 37 | 32.803 | 882 | Ja | |
| SJG | Streek | 38 | 13.548 | 353 | Nee | |
| Slingeland Ziekenhuis | Streek | 42 | 20.522 | 484 | Ja | |
| Ziekenhuis St Jansdal | Streek | 47 | 55.729 | 1.193 | Ja | |
| Ziekenhuis Rivierenland | Streek | 47 | 24.405 | 519 | Ja | |
| Laurentius Ziekenhuis | Streek | 54 | 22.655 | 416 | Ja | |
| VieCuri MC | Streek | 57 | 47.124 | 832 | Ja | |
| ZGT | Streek | 59 | 65.653 | 1.115 | Nee | |
| Bravis | Streek | 62 | 53.459 | 860 | Ja | |
| St. Anna Ziekenhuis | Streek | 64 | 21.845 | 341 | Nee | |
| Gelre Ziekenhuizen | Streek | 67 | 71.469 | 1.069 | Ja | |
| Beatrixziekenhuis (Rivas) | Streek | 67 | 26.799 | 401 | Ja | Geen gesegm. JR 2023 beschikbaar |
| ADRZ | Streek | 69 | 50.856 | 741 | Ja | |
| Deventer Ziekenhuis | Streek | 74 | 35.858 | 484 | Nee | |
| Bernhoven | Streek | 78 | 43.651 | 560 | Nee | |
| Dijklander Ziekenhuis | Streek | 78 | 66.010 | 843 | Ja | |

| Ziekenhuis | Categorisering | Adressen- dichtheid | Aantal adressen | Oppervlakte adherentie- gebied (km ²) | Gevoelig (RIVM) | Opmerking |
|---------------------------|----------------|------------------------|--------------------|---|--------------------|-----------------------------|
| Martini Ziekenhuis | Streek | 96 | 126.130 | 1.314 | Nee | |
| Elkerliek Ziekenhuis | Stad | 105 | 22.297 | 212 | Nee | |
| Maxima MC | Stad | 119 | 56.236 | 474 | Ja | |
| Spijkensisse MC | Stad | 127 | 45.991 | 363 | Nee | |
| JBZ | Stad | 127 | 75.391 | 591 | Ja | |
| Tergooi | Stad | 130 | 67.353 | 518 | Nee | |
| Rijnstate | Stad | 136 | 94.673 | 695 | Nee | |
| ZGV | Stad | 143 | 60.342 | 423 | Nee | Geen JR 2023 beschikbaar |
| Groene Hart Ziekenhuis | Stad | 143 | 49.473 | 346 | Nee | |
| ASz | Stad | 154 | 79.154 | 515 | Ja | |
| Ziekenhuis Amstelland | Stad | 180 | 43.270 | 241 | Nee | Geen JR 2023 beschikbaar |
| Maasstad Ziekenhuis | Stad | 219 | 43.013 | 197 | Nee | |
| Meander MC | Stad | 226 | 74.093 | 327 | Nee | |
| Zaans Medisch Centrum | Stad | 281 | 36.939 | 131 | Nee | |
| Diakonessenhuis | Stad | 333 | 129.352 | 388 | Nee | |
| Alrijne Ziekenhuis | Stad | 337 | 118.903 | 352 | Nee | |
| BovenIJ Ziekenhuis | Stad | 348 | 33.657 | 97 | Ja | |
| Spaarne Gasthuis | Stad | 398 | 144.361 | 362 | Nee | |
| Rode Kruis Ziekenhuis | Stad | 418 | 50.264 | 120 | Nee | |
| IJsselland Ziekenhuis | Stad | 501 | 62.063 | 124 | Nee | |
| Flevoziekenhuis | Stad | 534 | 54.255 | 102 | Nee | |
| Reinier de Graaf | Stad | 794 | 106.472 | 134 | Nee | |
| Franciscus Gasthuis | Stad | 1.145 | 195.155 | 171 | Nee | |
| Ikazia Ziekenhuis | Stad | 2.067 | 109.426 | 53 | Nee | |
| Isala | OHO/NCH | 44 | 80.343 | 1.813 | Ja | |
| MCL | OHO/NCH | 87 | 78.491 | 901 | Ja | |
| NWZ | OHO/NCH | 108 | 84.717 | 781 | Ja | |
| Amphia ziekenhuis | OHO/NCH | 128 | 89.237 | 697 | Nee | |
| Elisabeth-TweeSteden | OHO/NCH | 133 | 83.426 | 629 | Ja | |
| MST | OHO/NCH | 182 | 48.612 | 267 | Nee | |

| Ziekenhuis | Categorisering | Adressen- dichtheid | Aantal adressen | Oppervlakte adherentie- gebied (km ²) | Gevoelig (RIVM) | Opmerking |
|----------------------------|----------------|------------------------|--------------------|---|--------------------|-----------|
| St. Antonius Ziekenhuis | OHO/NCH | 201 | 139.530 | 693 | Nee | |
| Zuyderland | OHO/NCH | 205 | 144.692 | 704 | Nee | |
| CWZ | OHO/NCH | 229 | 76.826 | 335 | Nee | |
| Catharina Ziekenhuis | OHO/NCH | 294 | 65.212 | 222 | Nee | |
| HagaZiekenhuis | OHO/NCH | 862 | 213.104 | 247 | Nee | |
| HMC | OHO/NCH | 1.651 | 151.683 | 92 | Nee | |
| OLVG | OHO/NCH | 1.851 | 361.977 | 196 | Nee | |
| MUMC | Umc | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | Nee | |
| LUMC | Umc | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | Nee | |
| Radboudumc | Umc | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | Nee | |
| UMCG | Umc | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | Ja | |
| UMCU | Umc | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | Nee | |
| AUMC | Umc | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | Nee | |
| Erasmus MC | Umc | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | Nee | |
| Het Oogziekenhuis | Categoriaal | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | Nee | |
| Sint Maartenskliniek | Categoriaal | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | Nee | |
| AvL-NKI | Categoriaal | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. | Nee | |

BIJLAGE 2

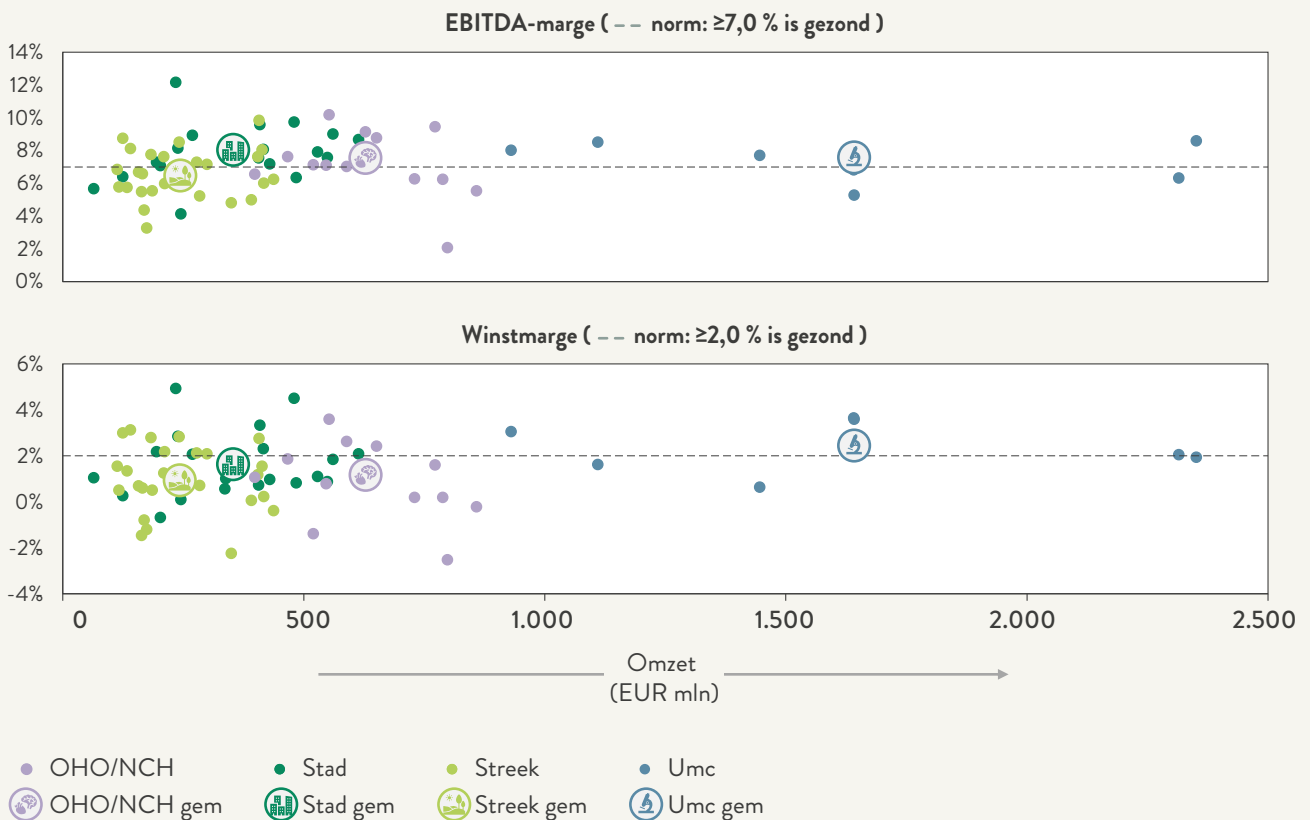
Verdieping financiële situatie op ziekenhuisniveau

Tussen ziekenhuizen bestaat variatie in de EBITDA-marges en winstmarges

Ruim vier op de tien ziekenhuizen heeft een EBITDA-marge kleiner dan 7% (wat we als norm voor een gezonde EBITDA-marge hanteren). Hetzelfde geldt voor de winstmarges, waar zelfs bijna tweederde van de ziekenhuizen een winstmarge kleiner dan 2% heeft (dit hanteren we als norm voor een gezonde winstmarge). Deze variatie zien we ook binnen categorieën. De grootste spreiding bestaat onder de streekziekenhuizen, waar ook het grootste aandeel ziekenhuizen met een EBITDA-marge lager dan 7% is. De winstmarge is bij de categorie OHO/NCH het vaakst kleiner dan 2%, gevolgd door de streekziekenhuizen.

EBITDA-marge en winstmarge in 2023

[t.o.v. omzet, naar type ziekenhuis]



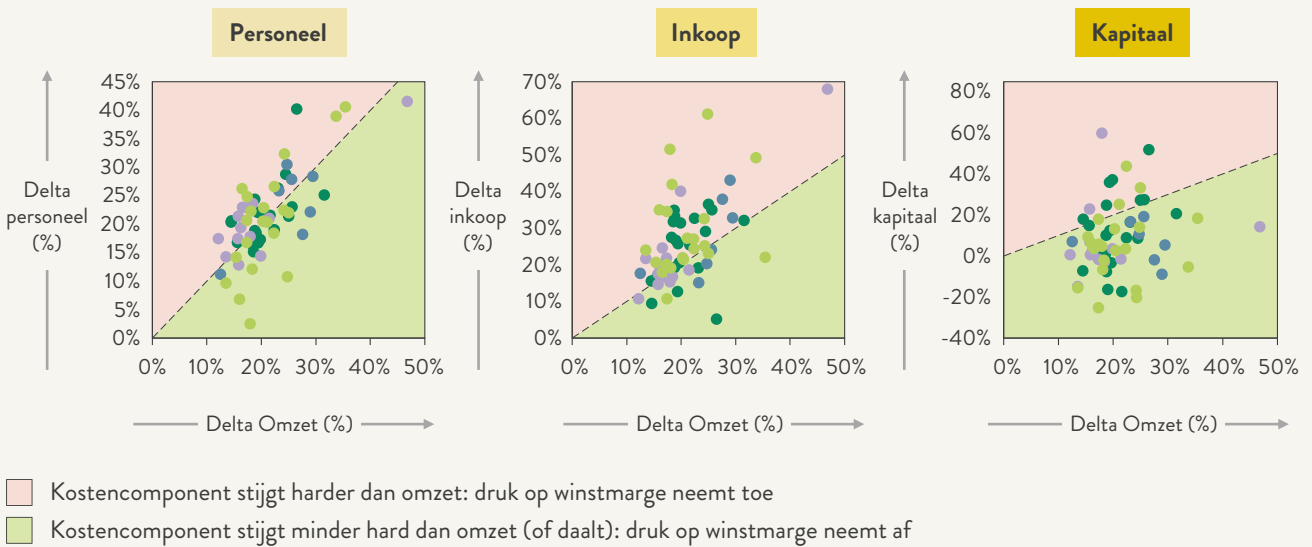
Figuur 13: EBITDA-marge en winstmarge 2023 per ziekenhuis. Een EBITDA-marge van 7,0% wordt als gezond beschouwd en is een eis vanuit banken voor verstrekken van krediet. Voor de winst beschouwen we een marge 2,0% als gezond. Bron: analyse Gupta Strategists o.b.v. jaarrekeningen ziekenhuizen, DigiMV.

Ontwikkeling van personeelskosten, inkoopkosten en kapitaallasten in periode 2019 -2023 op ziekenhuisniveau

De verandering van de winstmarges is te verklaren door te berekenen hoe de kostenposten zijn ontwikkeld ten opzichte van de omzet. De personeelskosten zijn voor sommige ziekenhuizen harder gestegen dan de omzet en voor andere ziekenhuizen juist minder hard. Respectievelijk stijgt of daalt hierdoor de druk op de winstmarge. De inkoopkosten zijn voor de meerderheid van de ziekenhuizen harder gestegen dan de omzet, waardoor de druk op de winstmarge toeneemt. De kapitaallasten zijn daarentegen juist voor de meeste ziekenhuizen minder hard gestegen dan de omzet of zelfs gedaald (bijvoorbeeld door lagere rentes of lagere schuldbelastingen). Dat compenseert de toegenomen druk op de winstmarge vanuit personeel en inkoop gedeeltelijk.

Stijging kostencomponenten in verhouding tot stijging omzet

[x-as: stijging omzet, y-as: stijging per kostencomponent, %, ● OHO/NCH ● Stad ● Streek ● Umc]



Figuur 14: stijging kostencomponenten in verhouding tot stijging omzet. 1) Voor ziekenhuizen met een gesegmenteerde jaarrekening (omdat zij ook ouderenzorg leveren) is het niet mogelijk om de kosten historisch goed te vergelijken. Daarom zijn vier streekziekenhuizen niet meegenomen in deze kostenanalyse. Bron: analyse Gupta Strategists o.b.v. jaarrekeningen van 2019 en 2023.

BIJLAGE 3

Toelichting berekening van kredietscore en kengetallen

Toelichting berekening kredietscore

Op basis van de EBITDA-marge, solvabiliteitsratio, net debt / EBITDA-ratio en DSCR, stellen we één kredietscore vast voor ieder ziekenhuis. Voor alle vier de kengetallen scoren we de ziekenhuizen op een schaal van 1 (zeer slecht) tot en met 5 (zeer goed), waarbij een 3 (voldoende) is toegekend vanaf de gangbare banknormen. Het gemiddelde van deze vier scores vormt dan de kredietscore. Hierbij kan een hogere score op één kengetal dus een lagere score op een ander onderdeel compenseren.

Scores voor relevante kengetallen voor kredietwaardigheid t.b.v. berekening kredietscore

| Kengetal | Zeer laag (1) | Laag (2) | Voldoende ¹ (3) | Hoog (4) | Zeer hoog (5) | Waarom relevant |
|-------------------------|---------------|----------|----------------------------|----------|---------------|---|
| EBITDA | <5% | 5-7% | 7-9% | 9-11% | >11% | Maat voor succes van de bedrijfsvoering |
| DSCR | <1 | 1-1,4 | 1,4-1,8 | 1,8-2,2 | >2,2 | Vermogen om schulden te dragen op korte termijn |
| Net debt/ EBITDA | >5,5% | 4,0-5,5 | 2,5-4,0 | 1,0-2,5 | <1 | Vermogen om schulden te dragen op middellange termijn |
| Solvabiliteit | <15% | 15-25% | 25-35% | 35-45% | >45% | Vermogen om schulden te dragen op lange termijn |

De kredietscore is de gemiddelde score voor een individuele instelling. Hierbij is de norm ≥ 3

Tabel 2: Berekening kredietwaardigheidsscore o.b.v. kengetallen. 1) Een ziekenhuis scoort een voldoende wanneer aan de banknormen wordt voldaan.

Toelichting berekening kengetallen

EBITDA

EBITDA staat voor de Earnings Before Interest, Tax, Depreciation and Amortization (winst vóór aftrek van rentekosten, belastingen, afschrijvingen en afboekingen). Dit is het deel van de inkomsten dat ter beschikking staat om aan de rente, herinvestering en opbouw van eigen vermogen te voldoen.

$$\text{EBITDA} = \text{omzet} - \text{personeelskosten} - \text{inkoopkosten}$$

In de jaarrekeningen van ziekenhuizen zijn deze bedragen te vinden onder de volgende posten:

- Omzet = Som der bedrijfsopbrengsten
- Personeelskosten = Lonen en salarissen + sociale lasten + pensioenlasten + Honorariumkosten vrijgevestigd medisch (onder uitbesteed werk) + PNIL (onder uitbesteed werk) + overige/andere personeelskosten (mogelijk onder overige bedrijfskosten)
- Inkoopkosten = Kosten van grond- en hulpstoffen + overige bedrijfskosten excl. overige/andere personeelskosten + overige kosten uitbesteed werk (onder uitbesteed werk)

Uitgedrukt als percentage van de omzet geldt EBITDA als een maatstaf voor de economische potentie of de vitaliteit van een bedrijf. Hoe hoger de EBITDA-marge, hoe vitaler het bedrijf. Banken hanteren vaak een norm van minimaal 7% voor een gezonde EBITDA-marge.

$$\text{EBITDA-marge} = \text{EBITDA} / \text{omzet}$$

De absolute EBITDA (in EUR) geeft daarnaast een indicatie van de investeringsruimte van een bedrijf: hoe groter de totale EBITDA, hoe meer ruimte er voor investeringen is.

DSCR

DSCR staat voor Debt Service Coverage Ratio (dekkingsgraad van financiële verplichtingen). Dit is de mate waarin vanuit de EBITDA aan de jaarlijkse financiële verplichtingen m.b.t. vreemd vermogen kan worden voldaan: de rentelasten en aflossingen. Bij een hoge DSCR is er genoeg betalingscapaciteit om deze verplichtingen na te komen.

$$\text{DSCR} = \text{EBITDA} / (\text{rentelasten} + \text{aflossingsverplichting})$$

Banken hanteren vaak een norm van minimaal 1,4 voor een gezonde DSCR.

Net debt / EBITDA

De verhouding tussen net debt (netto rentedragende schuld) en EBITDA geeft aan hoeveel jaar het kost om vanuit de EBITDA de netto rentedragende schuld (verminderd met de liquide middelen) af te lossen. Bij een lage ratio is er meer ruimte om aanvullend vreemd vermogen aan te trekken.

$$\text{net debt} / \text{EBITDA} = (\text{langlopende schulden (incl. aflossingsverplichting)} - \text{liquide middelen}) / \text{EBITDA}$$

Banken hanteren vaak een norm van maximaal 4,0 voor een gezonde net debt / EBITDA-ratio.

Solvabiliteitsratio

Solvabiliteit geeft aan in welke mate een bedrijf afhankelijk is van vreemd vermogen. Bij een hoge solvabiliteitsratio bezit het bedrijf relatief veel eigen vermogen, waardoor het beter in staat is om financiële tegenvallers op te vangen.

$$\text{solvabiliteitsratio} = \text{eigen vermogen} / \text{totaal vermogen}$$

Banken hanteren vaak een norm van minimaal 25% voor een gezonde solvabiliteitsratio.

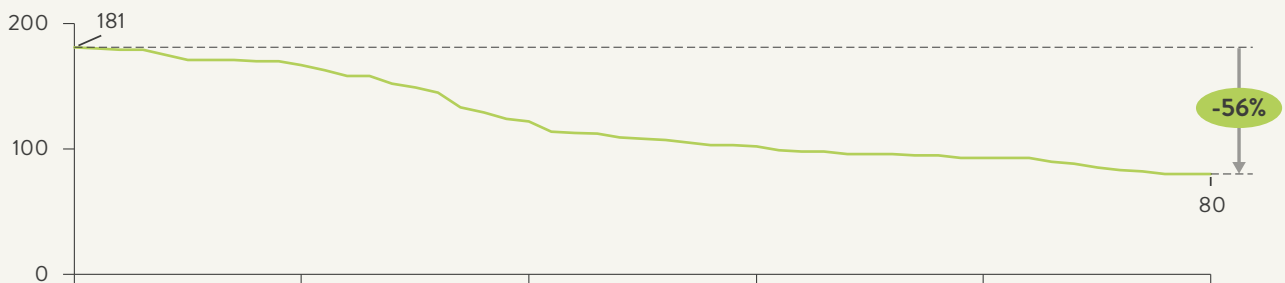
BIJLAGE 4

Ontwikkeling ziekenhuislocaties

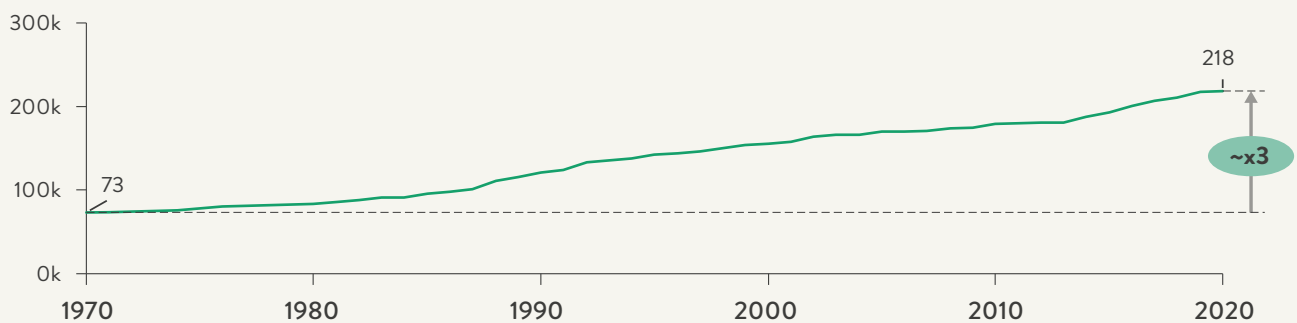
Sinds de jaren 70 is het aantal ziekenhuislocaties (buitenpoli's, poliklinieken, dag- en weekziekenhuizen niet meegenomen) sterk afgenomen door consolidatie en sluiting. Hierdoor bedient iedere ziekenhuislocatie steeds meer inwoners. Figuur 15 laat zien dat het aantal ziekenhuislocaties die 24/7 geopend zijn meer dan gehalveerd is en dat daardoor het aantal inwoners dat gemiddeld aangewezen is op een ziekenhuislocatie verdrievoudigd is.

Ontwikkeling aantal ziekenhuizen en aantal Nederlanders per ziekenhuis over tijd

Aantal algemene ziekenhuislocaties



Aantal inwoners per ziekenhuislocatie



Figuur 15: ontwikkeling aantal algemene ziekenhuislocaties van 1970 tot 2020. Buitenpoli's, poliklinieken, dag- en weekziekenhuizen niet meegenomen. Bron: Geodan, CBS, Wikipedia, Atlas van Zorg & Hulp, analyse Gupta Strategists.

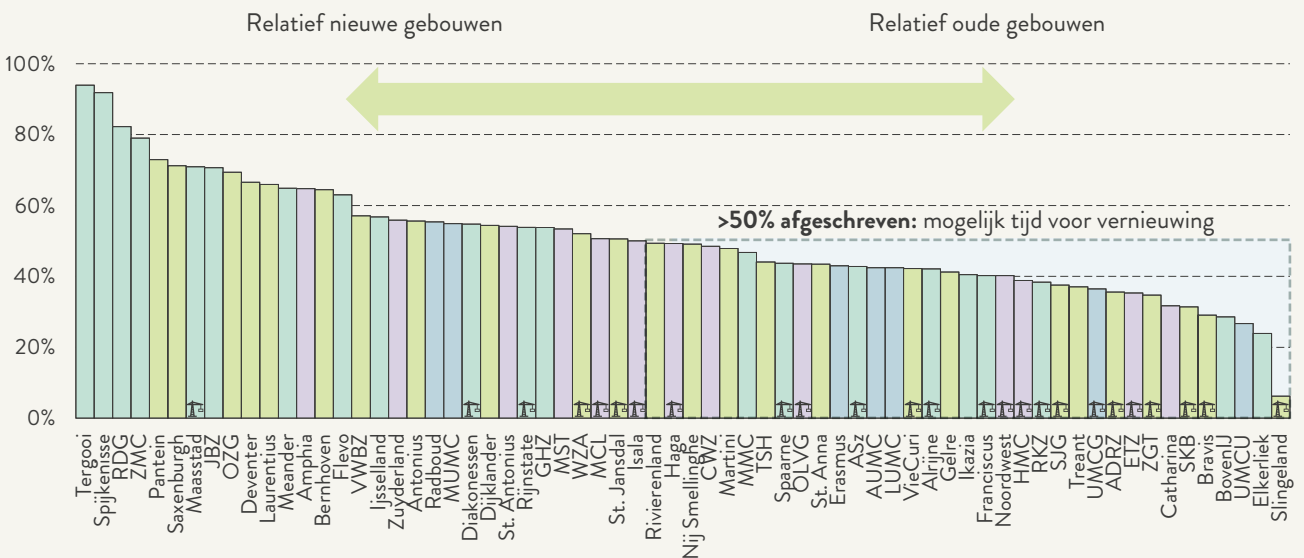
BIJLAGE 5

Toelichting status van gebouwen en terreinen

Om goed zicht te krijgen op de vastgoedinvesteringsbehoefte van ziekenhuizen kijken we naar hoe oud de gebouwen zijn. Hiervan is de mate waarin ze zijn afgeschreven een goede benadering. In de analyse hanteren we een onderscheid tussen relatief nieuwe en relatief oude gebouwen. Een ziekenhuis waarbij de resterende boekwaarde van de gebouwen en terreinen minder is dan 50% van de aanschafwaarde classificeren we als relatief oud. Wanneer de boekwaarde nog meer dan 50% van de aanschafwaarde is, dan stellen we dat er sprake is van relatief nieuw vastgoed. In Figuur 16 geven we een overzicht van de status van de gebouwen en terreinen van alle ziekenhuizen.

Status gebouwen en terreinen

[Boekwaarde/aanschafwaarde¹ gebouwen en terreinen, %, ● OHO/NCH ● Stad ● Streek ● Umc, 2023]



Bij een aantal ziekenhuizen wordt reeds grootschalig gebouwd of worden daartoe plannen gemaakt²

Figuur 16: de leeftijd van gebouwen en terreinen bij alle ziekenhuizen in Nederland. 1) De leeftijd van gebouwen is benaderd door de boekwaarde als percentage van de aanschafwaarde te nemen voor de balanspost ‘gebouwen en terreinen’. Hoe lager dit percentage, hoe verder de gebouwen en terreinen zijn afgeschreven en hoe eerder ze aan renovatie of vervanging toe zijn. 2) [Maasstad](#), [Diakonessenhuis](#), [Rijnstate](#), [WZA](#), [MCL](#), [St. Jansdal](#), [Isala](#), [Haga](#), [Spaarne](#), [OLVG](#), [ASz](#), [VieCuri](#), [Alrijne](#), [Franciscus](#), [NWZ](#), [HMC](#), [RKZ](#), [SJG](#), [UMCG](#), [ADRS](#), [ETZ](#), [ZGT](#), [SKB](#), [Bravis](#), [Slingeland](#). Bij enkele ziekenhuizen zijn al langlopende schulden aangegaan om deel van de verbouwing te bekostigen. Hiervoor is gecorrigeerd in de analyse voor kredietwaardigheid. Bron: analyse Gupta Strategists o.b.v. mutatieoverzichten vaste materiële activa uit jaarrekeningen 2023.








BIJLAGE 6

**Toelichting doorrekening
impact *midlife*-renovatie
en volledige nieuwbouw**

In deze bijlage beschrijven we hoe de kredietwaardigheid gemodelleerd is aan de hand van de huidige situatie van het ziekenhuisvastgoed (zie ook Figuur 17).

Toelichting modellering kredietwaardigheid na nieuwbouw

[Stappen in model en impact op relevante balansposten, kosten en uitgaven]

| |  |  |  |  |  |
|---------------------------|---|---|---|---|---|
| | Huidige situatie | Verkoop | Aflossing | Nieuwbouw | Eindsituatie |
| | Ziekenhuis is toe aan <i>midlife</i> -renovatie of volledige nieuwbouw | Het oude gebouw wordt (deels) verkocht | Gebruik opbrengst van de verkoop om oude hypotheek (deels) af te lossen | Nieuwbouw wordt met combinatie eigen middelen en nieuwe hypotheek gefinancierd | Nieuwbouw is afgerond en kengetallen zijn veranderd |
| Balans | | | | | |
| Gebouwen & terreinen | | - Boekwaarde gebouw | | + Aanschafwaarde | |
| Liquide middelen | | + Verkoopwaarde gebouw | - Deel hypotheekschuld | - Eigen inleg | N |
| Eigen vermogen | | + Boekwinst gebouw | | | S |
| Langlopende schulden | | | - Deel hypotheekschuld | + Hypotheekschuld | S N |
| Rente en aflossing | | | | | |
| Rentelasten | | | - Deel rentelasten | + Rentelasten hypotheek | D |
| Aflossingsverplichting | | | - Deel aflossingsverp | + Aflossingsverp. hypotheek | D N |

Heeft impact op: **E** EBITDA-marge¹ **S** Solvabiliteit **N** Net Debt / EBITDA **D** DSCR

Figuur 17: toelichting modellering kredietwaardigheid na *midlife*-renovatie of volledige nieuwbouw. Toelichting per stap met impact op relevante balansposten, kosten en uitgaven. 1) De EBITDA-marge blijft gelijk ongeacht een *midlife*-renovatie of volledige nieuwbouw omdat schulden geen impact hebben op de EBITDA-marge.



Huidige situatie

Wanneer een ziekenhuis toe is aan een *midlife*-renovatie of volledige nieuwbouw, ontwikkelt het ziekenhuis een financieringsplan. Dit modelleren we in drie stappen. Eerst worden de oude activa verkocht. Daarna wordt de opbrengst hiervan gebruikt om oude schulden af te lossen. Ten slotte wordt met een combinatie van eigen middelen en vreemd vermogen de renovatie en nieuwbouw gefinancierd. In de praktijk vinden deze stappen vaak (ten dele) gelijktijdig plaats. Voor de helderheid van het model zijn ze hier van elkaar gescheiden.



Stap 1: verkoop

Het deel van de huidige gebouwen dat niet langer nodig is, wordt afgestoten. We nemen hiervoor een percentage van de boekwaarde van de balanspost *gebouwen en terreinen*. Deze balanspost neemt dus met dit bedrag af. Bij *midlife*-renovatie hanteren we een percentage van 15%, bij volledige nieuwbouw 75%.²³ Er is aangenomen dat het ziekenhuis dit deel van het gebouw verkoopt en daarmee een verkoopwaarde realiseert. We gebruiken hiervoor een percentage van de boekwaarde van het afgestoten deel van de gebouwen en terreinen. Deze opbrengst landt vervolgens in de balanspost *liquide middelen*. Bij *midlife*-renovatie hanteren we een percentage van 0%, bij volledige nieuwbouw een percentage van 100%.²⁴

Het verschil tussen de verkoopwaarde en boekwaarde van verkochte activa is de *boekwinst*. Deze landt in de balanspost eigen vermogen. Merk op dat de boekwinst ook negatief kan zijn, wanneer de verkoopwaarde lager is dan de boekwaarde (zoals in het geval van een *midlife*-renovatie).



Stap 2: aflossing

Er is aangenomen dat de verkoopopbrengst wordt gebruikt om een zo groot mogelijk deel van de *langlopende schulden*²⁵ af te lossen. Als de verkoopopbrengst lager is, worden de schulden niet volledig afgelost; als de verkoopopbrengst hoger is, blijft er een restant over na de aflossing. Hierdoor dalen de balansposten *vreemd vermogen* en *liquide middelen* met hetzelfde bedrag. Door deze eenmalige aflossing dalen ook de rentelasten en aflossingen verbonden aan deze schuld. We maken de aanname dat deze naar rato dalen met de schuld. Dat wil zeggen dat de rentelasten hierna gelijk zijn aan:

$$\text{rentelasten na eenmalige aflossing} = \frac{\text{restant langlopende schulden}}{\text{totaal langlopende schulden}} \times \text{rentelasten}$$

en dat de aflossingsverplichting hierna gelijk is aan:

$$\text{aflossingsverplichting na eenmalige aflossing} = \frac{\text{restant langlopende schulden}}{\text{totaal langlopende schulden}} \times \text{aflossingsverplichting}$$



Stap 3: nieuwbouw

We nemen aan dat de kosten voor nieuwbouw samenhangen met de jaaromzet van een ziekenhuis. Een inventarisatie van recente verbouwingen (zie figuur 18) geeft aan dat een *midlife*-renovatie ongeveer 0,3 keer de jaaromzet kost. Volledige nieuwbouw kost ongeveer 1,0 keer de jaaromzet. De nieuwbouw wordt zo veel mogelijk uit de eigen liquide middelen gefinancierd. Hierbij is als uitgangspunt genomen dat de liquide middelen door de nieuwbouw niet onder de WfZ-norm terecht mogen komen van éénmaal de maandomzet. Voor het restant wordt een nieuwe lening aangegaan. We corrigeren voor ziekenhuizen die reeds vreemd vermogen hebben aangetrokken voor aanstaande nieuwbouw door deze uit de langlopende schulden te schonen.

²³ o.b.v. verschillende jaarrekeningen.

²⁴ o.b.v. verschillende jaarrekeningen.

²⁵ We nemen hier telkens het totaal van de langlopende schulden, waarin we ook het kortlopend deel van de langlopende schulden (de aflossingsverplichting) meenemen.

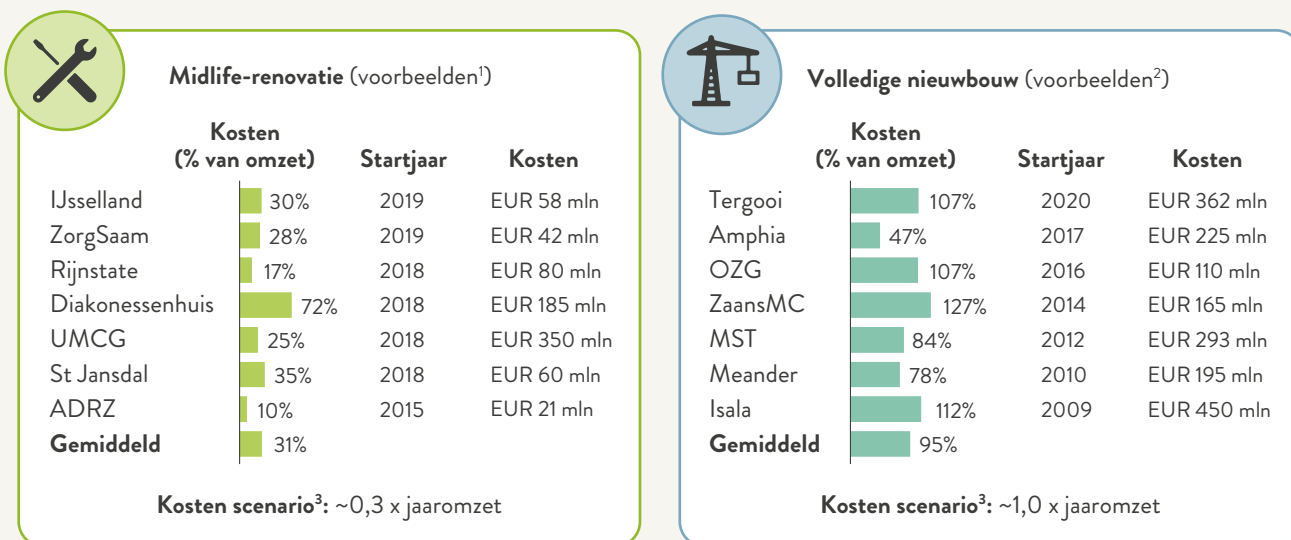
De balanspost *liquide middelen* neemt dus af met de hoogte van deze eigen inleg. De post *gebouwen en terreinen* neemt toe met de aanschafwaarde van de nieuwbouw. De *langlopende schulden* nemen toe met de hoogte van het nieuwe financieringsarrangement. De balans stijgt dus aan beide kanten met de hoogte van de nieuwe financiering. Aan het aangaan van een nieuwe financiering zijn nieuwe rentelasten en reguliere aflossingen verbonden, die bovenop de oude komen. Uit recente jaarrekeningen blijkt dat vastgoedfinanciering meestal een looptijd heeft van 30 jaar. In de simulatie hanteren we een rentepercentage van 3,5% (rente van de ECB ten tijde van publicatie van deze studie).²⁶



Eindsituatie

In de eindsituatie is de nieuwbouw gerealiseerd en zijn verschillende posten op de balans veranderd. De EBITDA-marge blijft onveranderd, maar de andere drie kengetallen (DSCR, net debt / EBITDA en solvabiliteit) veranderen door de investering.

Recente voorbeelden van *midlife*-renovatie en volledige nieuwbouw bij ziekenhuizen [Kosten (% van omzet startjaar en EUR mln), startjaar]



Figuur 18: recente voorbeelden van *midlife*-renovatie en volledige nieuwbouw bij ziekenhuizen. 1) Bronnen *midlife*-renovatie: IJsselland (jaarrekeningen 2019-2021), [ZorgSaam](#), [Rijnstate](#), [Diakonessenhuis](#), [UMCG](#), [St Jansdal](#), [ADRZ](#). 2) Bronnen volledige nieuwbouw: [Tergooi](#), [Amphia](#), [OZG](#), [ZaansMC](#), [MST](#), [Meander](#), [Isala](#). 3) Deze kosten zijn als uitgangspunt genomen in de kredietwaardigheidsanalyse van ziekenhuizen voor beide scenario's. Bron: analyse Gupta Strategists o.b.v. jaarrekeningen en nieuwsberichten.

²⁶ ECB-rente op 12-09-2024

