

BDO-BENCHMARK ZIEKENHUIZEN 2022 UMC-SPECIAL

# UMC-machine hapert

## Tijd voor een nieuw businessmodel?



nieuwe  
perspectieven

**BDO**

## INHOUD

- 3** Voorwoord  
De urgentie voor verandering is groot
- 4** Opzet van het onderzoek
- 8** Resultaten:  
De scores van de 7 UMC's
- 16** Verkenning  
Naar een nieuw businessmodel voor de UMC's?
- 22** Bijlage I:  
Totale resultatenrekening
- 23** Bijlage II:  
Totale balans

Dit rapport is met veel zorg samengesteld maar is gebaseerd op informatie die voor het overgrote deel komt uit externe en algemeen verkrijgbare bronnen, te weten de gedeponeerde jaarverslagen van ziekenhuizen. Daardoor kan BDO niet instaan of verantwoordelijk worden gehouden voor de juistheid en volledigheid van de gebruikte informatie. Ook bevat deze publicatie geen specifiek advies voor concrete organisaties of situaties; het is uitdrukkelijk afgeraden om zonder het raadplegen van een deskundige en puur op basis van de informatie in deze publicatie besluiten te nemen, te handelen of na te laten. BDO Accountants & Adviseurs, de met haar gelieerde partijen en haar adviseurs aanvaarden geen aansprakelijkheid voor eventuele schade die het gevolg is van besluiten, handelen of nalaten op basis van de informatie in deze publicatie. Voor advies dat is toegesneden op uw concrete situatie kunt u zich wenden tot BDO Accountants & Adviseurs of een van haar adviseurs. Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie of op enige andere wijze, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

© BDO november 2022

## nieuwe inzichten

### nieuwe perspectieven

#### De urgentie voor verandering is groot

De zeven Nederlandse Universitaire Medische Centra (UMC's) ondervonden in 2021 voor het tweede jaar op rij de grote invloed van de COVID-19-pandemie op zowel hun patiëntenzorg, hun onderwijs als hun wetenschappelijk onderzoek. De UMC's hebben er alles aan gedaan om de pandemie onder controle te krijgen, in nauwe samenwerking met hun partners in de regio (ROAZ). Dat mag een topprestatie worden genoemd.

Ondanks deze moeilijke omstandigheden is de financiële gezondheid van de zeven UMC's in 2021 verbeterd. Het gemiddelde rapportcijfer steeg van een 6,8 naar een 7,3. Dat is vooral het gevolg van de gestegen resultaten, met gemiddeld € 4 miljoen per UMC. De afgelopen drie jaar zagen we nog een dalende trend.

UMC's hebben niet alleen een zorgtaak. Ze leiden ook zorgprofessionals op en verrichten wetenschappelijk onderzoek. Op al deze drie terreinen zijn UMC's een belangrijke aanjager. Maar ondanks de stijgende rendementen in 2021 kost het ze steeds meer moeite om deze rol op een adequate manier te vervullen. Dat komt voor een belangrijk deel door margedruk: bedroeg het rendement van de UMC's in 2017 nog 2,6%, in 2021 was dit nog slechts 0,9%. Het doel van de sector is helder: passende zorg, samen met de patiënt, op de juiste plek en met de nadruk op gezondheid. Maar de ambitie van UMC's reikt verder; (inter)nationale en regionale impact op de gezondheid van individuen én op die van de samenleving als geheel. Of het nu gaat om adequate behandeling van patiënten, het verlenen van toegankelijke regionale zorg, het bevorderen van de gezondheid, het doen van onderzoek of het opleiden van de zorgprofessionals van morgen. De urgentie voor verandering is groot.

De UMC's hebben het afgelopen jaar al de nodige stappen gezet om die transitie te realiseren. De kernvraag voor de komende jaren is hoe zij – met hun samenwerkingspartners – het beoogde einddoel weten te realiseren zonder financieel in zwaar weer te raken. Daarbij is een nieuw businessmodel en zelfs een verlieslatend scenario niet uitgesloten.

De BDO-Benchmark Ziekenhuizen (UMC-special) behandelt niet alle aspecten die relevant zijn voor het financiële beeld van de sector en biedt derhalve geen compleet overzicht. Wel geeft dit rapport actueel inzicht in de financiële ontwikkelingen van de UMC's. Daarmee biedt het cijfermatig houvast in de discussies over de noodzakelijke veranderingen in de zorgsector in het algemeen en binnen de UMC's in het bijzonder. Die discussies zijn onverminderd urgent. Wij gaan graag verder in gesprek met alle stakeholders om de noodzakelijke transitie naar betaalbare, duurzame zorg te realiseren!

**Vincent Eversdijk**  
Voorzitter branchegroep Zorg van BDO

**'Daarbij is een nieuw businessmodel en zelfs een verlieslatend scenario niet uitgesloten'**



Vincent Eversdijk

# Opzet van het onderzoek

## Trendrating

In aanvulling op het rapportcijfer hebben we dit jaar een trendrating toegekend op basis van de meerjarenperformance over de periode 2018 tot en met 2021. Bij het bepalen van deze score zijn we uitgegaan van een ranking met letters (AAA, AA of A tot en met F) op basis van het gemiddelde rapportcijfer van het UMC over de afgelopen vier jaar. Daarnaast hebben we gekeken naar de wisselvalligheid, ofwel volatiliteit, over de jaren heen. Deze hebben we aangegeven met een '+' bij lage wisselvalligheid (= stabiele performance) en een '-' bij hoge wisselvalligheid.

**In de BDO-Benchmark Ziekenhuizen UMC-special vergelijken wij de financiële cijfers van de zeven Nederlandse Universitaire Medische Centra met elkaar en met die van de algemene ziekenhuizen. Wij hebben ons daarbij gebaseerd op de gepubliceerde jaarcijfers over 2021.**

In deze publicatie rangschikken wij de individuele UMC's op basis van hun financiële gezondheid. Deze rangschikking hebben we gebaseerd op het gewogen gemiddelde van vijf algemeen aanvaarde kengetallen. Elk kengetal weegt even zwaar. Per kengetal zijn maximaal 2 punten te behalen. De maximale score is zodoende 10 punten, de minimale score 0 punten, waarbij wij minimaal een cijfer 1 toekennen. De score correspondeert op deze wijze met een rapportcijfer. De UMC's scoren in de BDO-Benchmark Ziekenhuizen een voldoende bij een 6 of hoger. De cijfers hebben we berekend op basis van een geleidelijke puntenschaal en afgerond op hele cijfers. Hiermee ontstaat een rapportcijfer dat recht doet aan de individuele financiële prestaties van de instellingen.

De cijfers die wij hebben gebruikt om de kengetallen te berekenen, komen rechtstreeks uit de gepubliceerde jaarrekeningen van de UMC's. De individuele uitkomsten hebben we ter verificatie aan de UMC's aangeboden. De uitgangspunten voor onze berekeningen en de daarbij behorende inherente beperkingen zijn gelijk aan die van ons reeds gepubliceerde onderzoek naar algemene ziekenhuizen, de BDO-Benchmark Ziekenhuizen 2022.

## Let op: vijf kanttekeningen

Net als vorig jaar zijn er vijf kanttekeningen te maken bij het gebruik van kengetallen, en dus ook bij de door ons berekende rapportcijfers:

- 1 Dit jaar is naast de rapport cijfers een trendrating aan de UMC's toegekend. Deze maakt duidelijk hoe beweeglijk de posities van de huizen in onze benchmark zijn en dit gegeven kan ook voorspellende waarde hebben.
- 2 De verslagleggingsregels bieden diverse keuzemogelijkheden voor de waardering van balansposten en de bepaling van het resultaat; kengetallen zijn daardoor niet zonder meer onderling vergelijkbaar.
- 3 Een aantal UMC's is vanwege een zeer goede vermogenspositie en bijbehorende solvabiliteit minder gericht op verdere vermogensopbouw. De financiële performance van deze UMC's wordt in dit onderzoek met een lagere score gewaardeerd omdat deze in hoge mate afhangt van het resultaat.
- 4 De financiële ratio's geven geen inzicht in strategische keuzes die nog tot uiting moeten komen in de cijfers, en evenmin in de kwaliteit van de zorg en andere niet-financiële informatie.
- 5 Bij de interpretatie van de rapportcijfers moet worden meegenomen dat dit voor een belangrijk deel is gebaseerd op het resultaat van het UMC. Het resultaat wordt beïnvloed door diverse (incidentele) baten en lasten; daarnaast kan een substantieel deel van het resultaat over de jaargrens heen lopen vanwege de systematiek van subsidies. Daarom hebben we gemeend er goed aan te doen de trendrating toe te voegen, waardoor dit effect geneutraliseerd wordt.

Tabel A:

## Overzicht kengetallen

Kengetal	Categorie	Berekening	Interpretatie
Solvabiliteit	Solvabiliteit	Eigen vermogen/ totaal vermogen	De mate waarin de organisatie over een buffer beschikt om eventuele verliezen op te vangen.
Current ratio	Liquiditeit	Vlottende activa/ vlottende passiva	De mate waarin de verschafters van het kort vreemd vermogen uit de vlottende activa kunnen worden betaald.
Rendement	Resultaat	Nettoresultaat/ totale opbrengsten	Dit kengetal geeft de relatieve resultaatmarge van een organisatie weer.
DSCR (Debt Service Coverage Ratio)	Liquiditeit	EBITDA/ (rente+ reguliere aflossing)	Dit kengetal geeft aan of er voldoende operationele kasstromen worden gegenereerd om aan rente- en reguliere aflossingsverplichtingen te kunnen voldoen.
EBITDA/ opbrengsten	Resultaat	EBITDA/opbrengsten	Dit kengetal geeft de operationele resultaten weer, zonder rekening te houden met afschrijvingen en rentelasten.

## Wijzigingen en kanttekeningen

Aanpassingen die de UMC's in 2021 in hun jaarrekeningen hebben gedaan op de vergelijkende cijfers over het boekjaar 2020 hebben we in dit rapport verwerkt in de ratio's van 2020. Als gevolg hiervan sluiten de gegevens en ratio's van 2020 niet voor alle kengetallen aan op de berekende ratio's uit ons benchmarkrapport van het afgelopen jaar.

Daarnaast zijn we voor het benchmarkrapport 2022 uitgegaan van een geconsolideerd Amsterdam UMC, waar er het afgelopen jaar nog een splitsing was tussen het AMC en VUmc.

Op de volgende pagina's gaan wij verder in op de uitkomsten, ook in relatie tot de uitkomsten bij algemene ziekenhuizen.

**'Hiermee ontstaat een rapportcijfer dat recht doet aan de individuele financiële prestaties van de instellingen'**

## LEGENDA

© OMZET

👥 AANTAL FTE'S

📊 RENDEMENT

Toelichting:  
Rendement = nettoresultaat/totale opbrengsten

Henk Snapper

vicevoorzitter van de Raad van Bestuur UMCG

# ‘Wij kiezen voor een portfolio dat past, niet voor het hoogste rendement’

*Hoe probeert het UMC Groningen te werken aan de transitieopdracht zoals verwoord in het Integraal Zorgakkoord?*

‘Wat in het Integraal Zorgakkoord (IZA) staat, is eigenlijk een bestendiging van wat wij in Groningen al langer doen. Het is niet zo dat wij ons beleid nu in één keer moeten aanpassen. We werken al heel intensief samen met de regio, leggen de focus al op complexe zorg en hebben al contracten met verzekeraars, die de transitie ondersteunen. En aan de hand van de ROBIJN-criteria sturen we intensief op de zorg die in een academisch ziekenhuis thuishoort.’

*Is het bij de huidige rendementscijfers mogelijk om die opdracht de komende jaren vorm te geven?*

‘Jazeker wel. Wij hebben bewust gekozen voor een portfolio dat bij ons past en niet zozeer het meeste rendement oplevert. Dat past namelijk niet bij onze rol. Meer dan circa 1% rendement hoeft niet, maar minder kán niet. Zeker gezien de steeds strengere eisen van banken.’

*Waar zit de spanning?*

‘Dit jaar schrijven we waarschijnlijk rode cijfers. Onze energierekening wordt namelijk drie tot vier keer zo hoog, ondanks allerlei besparende maatregelen. Ook de stijgende loonkosten en de olopemde inflatie zijn een punt van zorg. In de toekomst is die situatie zonder bijsturen onhoudbaar. Met een stelsel waar de overheid indirect de stijging van de tarieven bepaalt, komen marges enorm onder druk te staan. Ik maak me ook zorgen of verzekeraars en ziekenhuizen dat op de lange termijn kunnen bolwerken.’

*Past het binnen jullie businessmodel om bijvoorbeeld tweedelijnsbasiszorg over te brengen naar andere zorgverleners?*

‘Het zal wel moeten. Want de huidige groei is onhoudbaar. Dan moet straks een op de vier mensen in de zorg werken en is de zorg mogelijk niet meer voor iedereen toegankelijk. Tweedelijnszorg overdragen aan andere zorgverleners doen we trouwens al jaren. Zo hebben we bijvoorbeeld de staaoperaties – die wij uiterst concurrerend uitvoerden – grotendeels afgestoten. De focus op de juiste zorg op de juiste plek betekent voor het UMCG wel dat ons businessmodel geen groei-model is.’

*Hoe kijken jullie naar de toekomst van jullie relatie met grote bedrijven uit big pharma en big tech?*

‘Ik geloof ten principale in samenwerking zolang dat betekent dat je dezelfde doelstellingen voor ogen hebt. UMC's werken al veel samen met pharma- en techbedrijven.’

*Overweegt het UMC Groningen het aangaan van strategische allianties of zijn die al gaande?*

‘Die zijn al gaande. Met meerdere partijen. Met Siemens hebben we bijvoorbeeld langetermijnafspraken over *management equipment services*, maar ook over een onderzoeksprogramma. Volgens mij zijn allianties heel belangrijk voor de toekomst.’

*Wat is uw grootste zorg, waar ligt u wakker van?*

‘Ik lig niet wakker. Maar samenwerken in een stelsel dat uitgaat van concurrentie is verrekte lastig.’

3 ▲

UMCG

€ 1.610 MLN.  
11.668 FTE  
1,1%





# Resultaat

DE SCORES VAN DE 7 UMC'S

'De verbetering van de rapportcijfers komt voornamelijk door hogere resultaten'

Tabel B:

### UMC's in vergelijking met algemene ziekenhuizen

Kengetal	Algemene ziekenhuizen	UMC's
Solvabiliteit	32,0%	35,3%
Current ratio	1,25	1,52
Rendement	1,7%	0,9%
DSCR	2,52	3,64
EBITDA/opbrengsten	8,43%	6,90%
Gemiddeld rapportcijfer	7,2	7,3
Totale opbrengsten	€ 20,6 miljard	€ 10,5 miljard
Totaal resultaat	€ 359,2 miljoen	€ 99,3 miljoen
Aantal instellingen in onze benchmark	63	7

**Na de forse daling tussen 2017 en 2020 stegen de rapportcijfers van de UMC's over 2021. Daarmee werd ook de onderperformance ten opzichte van de algemene ziekenhuizen over het jaar 2020 ruimschoots ingelopen.**

#### Overall financiële performance

Het gemiddelde rapportcijfer van alle zeven UMC's samen komt over 2021 uit op een 7,3. Daarmee keert de dalende trend die in 2018 is ingezet en komt het cijfer op gelijk niveau met dat over 2019. Over 2017 scoorden de UMC's nog een prachtige 9,2, daarna volgden een 7,8 (2018), 7,3 (2019) en 6,8 (2020) — en nu dus wederom een 7,3. Het totaalbeeld wordt wel beïnvloed door het uitgesproken positieve resultaat van het Erasmus MC en het Maastricht UMC+ en het negatieve resultaat van het LUMC. De verbetering van de rapportcijfers komt voornamelijk door verbeterde resultaten

die resulteren in hogere scores voor het rendement en de verhouding tussen EBITDA en opbrengsten.

Net zoals vorig jaar zien we sterke veranderingen in de individuele rapportcijfers van de UMC's. Zo stond het Erasmus MC in 2020 nog op de tweede plaats met een rapportcijfer 7, maar krijgt het over 2021 een rapportcijfer 10, waarmee het vanzelfsprekend beslag legt op de eerste plaats. Maastricht UMC+ stond in 2020 met een rapportcijfer 6 op plaats 7, maar klimt op naar de tweede plaats met een rapportcijfer 8 over 2021.

#### Trendrating

Omdat de financiële performance op jaarbasis meer dan gemiddeld kan worden beïnvloed door incidentele baten en lasten hebben wij dit jaar – evenals bij de benchmark algemene ziekenhuizen – een trendrating bepaald voor de UMC's.

Deze trendrating geeft, in aanvulling op de reeds bekende rapportcijfers op jaarbasis, een beter beeld van de meerjarenperformance over de periode 2018 tot en met 2021.

Op basis van deze analyse zien wij geen grote trendverschillen tussen de UMC's. Anders dan bij de algemene ziekenhuizen zien we dat alle instellingen een A, B of C scoren. Opvallend is wel dat de wisselvalligheidsscore bij zowel het UMC Utrecht als het UMCG '+' is, wat duidt op een lage volatiliteit over meerdere jaren. Bij zowel het LUMC als het Maastricht UMC+ is deze score '-', wat duidt op hogere volatiliteit van het rapportcijfer.

#### In lijn

Het gemiddelde rapportcijfer van de UMC's ligt over 2021 in lijn met dat van de algemene ziekenhuizen. Over 2020 scoorden de algemene ziekenhuizen nog beter dan de UMC's (7,0 tegenover 6,8), maar in 2021 is het gemiddelde cijfer voor beide categorieën ziekenhuizen nagenoeg gelijk: 7,2 voor de algemene ziekenhuizen tegenover 7,3 voor de UMC's. Het beeld is echter niet eenduidig. Tabel B laat zien dat de UMC's weliswaar beter presteren op de kengetallen die zijn gebaseerd op de balansposities, wat duidt op een relatief grote financiële buffer, maar dat de resultaten bij de UMC's meer onder druk staan dan bij de algemene ziekenhuizen.

Bij de beoordeling van voorgaande cijfers moet in ogenschouw worden genomen dat UMC's niet alleen een zorgtaak hebben. Ze leiden ook zorgprofessionals op en doen wetenschappelijk onderzoek. Gemiddeld is circa 70% van de omzet zorggerelateerd en is de overige 30% gerelateerd aan onderwijs en onderzoek<sup>1</sup>. Deze omzetcategorieën kennen ieder een eigen gemiddeld rendement; daarbij merken we op dat het merendeel van de UMC's het rendement per omzetcategorie niet separaat verantwoorden.

<sup>1</sup> Bron: Umc's worden belangrijker als onderzoeksinstituut | Rathenau Instituut.

#### Solvabiliteit

De gemiddelde solvabiliteit van de zeven UMC's komt eind 2021 uit op 35,3%. Eind 2020 bedroeg deze 33,9%. De solvabiliteit van de individuele UMC's bevindt zich tussen de 27,7% bij het Radboudumc en 42,1% bij het LUMC en UMC Utrecht.

De solvabiliteit van de UMC's ligt daarmee over 2021 hoger dan die van de algemene ziekenhuizen. Die bedraagt ultimo 2021 32,0%. In haar algemeenheid kan worden gesteld dat de gewenste solvabiliteit is gerelateerd aan het risicoprofiel van het UMC. De vraag kan dan ook worden gesteld of het risicoprofiel van de UMC's hoger ligt dan dat van de algemene ziekenhuizen.

#### Current ratio

De gemiddelde current ratio van de UMC's bedraagt ultimo 2021 1,52 en is daarmee exact gelijk aan het cijfer van 2020 (1,52). Maastricht UMC+ scoort het hoogst, met een current ratio van 2,03. Over 2021 heeft één UMC in onze scorebepaling op dit kengetal een score lager dan 2,0 behaald. Dat is het LUMC, met een current ratio van 1,07.

#### Rendement

Het gemiddelde rendement van de zeven UMC's samen over 2021 is 0,9%. Dit was in de jaren ervoor flink gedaald, van 1,6% in 2018 naar 1,0% in 2019 en 0,7% in 2020. Over 2021 stijgt het rendement naar 0,9%, maar dat is ongeveer de helft van het rendement van de algemene ziekenhuizen (1,7%).

Net als bij de current ratio, is ook bij het rendement het LUMC een negatieve uitschieter in 2021, met -1,8% – een resultaat dat overigens een vol procentpunt beter is dan de -2,8% over 2020. Uitblinker is het Maastricht UMC+, dat het rendement opkrikt van 0,8% in 2020 naar 2,3% in 2021. Daarmee behaalt Maastricht

Josefien Kursten  
lid Raad van Bestuur UMC Utrecht

# 'De vernieuwbouw in deze onzekere tijd veroorzaakt hoofdbreken'

6 ▼

UMC UTRECHT

© 1.485 MLN.

👤 9.369 FTE

% 0,3%

**Hoe probeert het UMC Utrecht te werken aan de transitieopdracht zoals verwoord in het Integraal Zorgakkoord?**

'Het Integraal Zorgakkoord (IZA) past goed bij onze meerjarenstrategie "Connecting Worlds" uit 2020. Daarin beschrijven we hoe we naar passende zorg toewerken. Maar het moet nog een tandje scherper: daarin voorzien de programma's "Zorg van morgen" en "Ruimte voor de juiste zorg", waarmee we de transitie intern vormgeven. Het eerste beschrijft het "hoe?" en het tweede het "wat?".'

**Is het bij de huidige rendementcijfers mogelijk om die opdracht de komende jaren vorm te geven?**

'Het rendement over 2021 is lager omdat we iedere medewerker een extra bonus van netto € 500 hebben uitgekeerd. We mikken eigenlijk altijd wel op een rendement van 1%. Dat het cijfer door de transitieopdracht een keer wat lager uitvalt, vind ik niet zo erg. Gelukkig krijgen we ook nog transformatiemiddelen tot onze beschikking.'

**Waar zit de spanning?**

'De vraag naar complexe zorg stijgt, de krapte op de arbeidsmarkt en het feit dat er geen extra geld voor de zorg is, maakt dat er keuzes gemaakt moeten worden. Die keuzes kunnen pijn gaan doen.'

**Past het binnen jullie businessmodel om bijvoorbeeld tweedelijnsbasiszorg over te brengen naar andere zorgverleners?**

'Jazeker. Dit is ook onderwerp van gesprek in de regionale bestuurlijke overleggen en er zijn diverse initiatieven op dit gebied. We zijn bijvoorbeeld bezig met het project COVERED, dit is een initiatief dat gaat over 24/7 monitoring van patiënten met infectieziekten binnen

het ziekenhuis en in de thuissituatie. Om hiermee "dure" ziekenhuisopnamen te voorkomen en step-down binnen het ziekenhuis – van *medium care* naar *low care* – mogelijk te maken. De eerste inzichten zijn positief. Indien uit ons initiatief blijkt dat het werkt, dan kan COVERED ook in andere ziekenhuizen worden ingezet.'

**Hoe kijken jullie naar de toekomst van jullie relatie met grote bedrijven uit big pharma en big tech?**

'Die houden we goed in de gaten. We moeten ervoor waken dat we niet te afhankelijk worden van een paar heel grote bedrijven. Om die reden kijken we ook goed naar alternatieven en samenwerkingen met andere academische ziekenhuizen.'

**Overweegt het UMC Utrecht het aangaan van strategische allianties of zijn die al gaande?**

'We zijn als UMC Utrecht al behoorlijk wat strategische allianties aangegaan, en dat zullen er meer worden.'

**Wat is uw grootste zorg, waar ligt u wakker van?**

'We gaan in Utrecht vernieuwbouw plegen. Dat is niet alleen een enorm groot bouwproject, het gaat ook om het anders organiseren van ons werk (transformatie) en de digitalisering die dit moet ondersteunen. Daar hoort het maken van keuzes bij. Het is een enorme uitdaging om in een tijd van fors gestegen prijzen, een oplopende rente, schaarste aan grondstoffen en personeel, binnen de marges te blijven. Periodiek maken we daarom de balans op of de bouwplannen nog binnen de financiële parameters vallen, maar het zorgt regelmatig voor hoofdbreken.'

**'Naast een stijging in de eigen personeelskosten zien we dus ook dat de krapte op de arbeidsmarkt wordt opgevangen met inhuur van externe medewerkers'**

over 2021 het hoogste rendement van alle UMC's. Wel wordt de rendementssprong van 1,5 procentpunt geëvenaard door het Erasmus MC, dat het rendement ziet stijgen van 0,7% in 2020 naar 2,2% in 2021. De overige UMC's scoren niet hoger dan 1,1%.

Het aantal fte's van de UMC's stijgt in 2021 met 2%. Deze stijging ligt in lijn met 2020 (2%). Net als bij de algemene ziekenhuizen zien we dat de kosten voor inhuur van externen consequent hoog blijven met € 315 miljoen over 2021 (€ 319 miljoen in 2020). Naast een stijging in de eigen personeelskosten zien we dus ook dat de krapte op de arbeidsmarkt wordt opgevangen met inhuur van externe medewerkers.

De overige bedrijfskosten stijgen in 2021 met 5,9% ten opzichte van 2020, met name als gevolg van een stijging van de patiëntgebonden kosten.

**Debt Service Coverage Ratio**

De gemiddelde DSCR komt over 2021 uit op 3,64 punten en is daarmee 0,4 punt hoger dan de DSCR ultimo 2020 van 3,24. De hoogste DSCR (6,87) wordt behaald door UMC Utrecht. De laagste bedraagt 2,36 en staat op naam van UMCG. De UMC's scoren op deze ratio dankzij hun sterkere vermogenspositie al jaren (fors) hoger dan de algemene ziekenhuizen (gemiddelde over 2021: 2,52)

**EBITDA/opbrengsten**

De gemiddelde verhouding tussen EBITDA en opbrengsten van de zeven UMC's samen over het jaar 2021 bedraagt 6,90% (2020: 6,82%) en ligt daarmee voor het derde jaar op rij onder de minimale norm van 8%. De gemiddelde score op dit kengetal is ook aanzienlijk lager dan het gemiddelde van de algemene ziekenhuizen: die noteren hier gemiddeld 8,43%.

Als we de uitkomsten bij de individuele UMC's beoordelen, valt op dat een aantal van hen relatief slecht scoort op de ratio EBITDA/opbrengsten. In 2021 noteren 4 UMC's een

uitkomst lager dan 8%. Dit is een verbetering ten opzichte van 2020 (5 UMC's); het Maastricht UMC+ scoort in 2021 voor het eerst boven de 8% (8,59%).

UMCG verbetert zich licht, van 5,60% in 2020 naar 5,72% in 2021. Ook bij het LUMC stijgt de ratio: van 3,22% in 2020 naar 4,03% in 2021. UMC Utrecht laat een daling naar 3,94% zien (2020: 4,72%).

Had in 2020 nog geen van de UMC's een EBITDA/opbrengsten-ratio van boven de 9%, in 2021 noteert Erasmus MC zelfs een ratio van bijna 10% (9,72%).

Op dit kengetal behaalt geen van de UMC's echter het maximaal aantal punten. De voornaamste oorzaak hiervan is dat de patiëntgebonden kosten bij UMC's, gegeven hun zorgprofiel, relatief hoog zijn (22,4% van de opbrengsten) ten opzichte van de algemene ziekenhuizen (21,2% van de opbrengsten). Dat zet de operationele resultaten van de UMC's verder onder druk.

**Legenda**

Aanvullend is dit jaar een score toegekend aan de resultaatconsistentie van de ziekenhuizen over de periode 2018-2021. In de bepaling van deze score is een ranking middels een letter (A-F) toebedeeld aan het gemiddelde rendement van het ziekenhuis over de afgelopen vier jaar.

Trendrating	Gemiddeld rapportcijfer
AAA	10
AA	9
A	8
B	7
C	6
D	5
E	3 of 4
F	0, 1 of 2

Een + staat voor een afwijking van de individuele rapportcijfers van het gemiddelde over de afgelopen vier jaar van minder dan 0,5; een - staat voor een gemiddelde afwijking groter dan 1. De ziekenhuizen met een score daartussenin krijgen geen markering.

**Tabel C: De cijfers van de zeven UMC's op een rij**

Ranking 2021	Naam ziekenhuis	Omvang ziekenhuis	Ratioanalyse 2021					Opbouw cijfer 2021					Opbouw cijfer 2020								
			Solvabiliteit	Current ratio	Rendement	DSCR	EBITDA/Opbrengsten	Trendrating	Ranking 2020	Rapportcijfer BDO 2021	Solvabiliteit	Current ratio	Rendement	DSCR	EBITDA/Opbrengsten	Rapportcijfer BDO 2020	Solvabiliteit	Current ratio	Rendement	DSCR	EBITDA/Opbrengsten
1	Erasmus MC	G ▲	31,1%	1,51	2,2%	2,70	9,72%	A	2	10	2,00	2,00	2,00	2,00	1,72	7	2,00	2,00	0,65	1,85	0,86
2	Maastricht UMC+	G ▲	36,8%	2,03	2,3%	2,40	8,59%	B-	7	8	2,00	2,00	2,00	1,90	0,59	6	2,00	2,00	0,78	1,41	0,00
3	UMCG <sup>1</sup>	G ▲	36,6%	1,88	1,1%	2,36	5,72%	C+	6	7	2,00	2,00	1,07	1,86	0,00	6	2,00	2,00	0,63	1,71	0,00
4	Radboudumc	G ▲	27,7%	1,36	0,8%	4,17	8,09%	A	5	7	2,00	2,00	0,81	2,00	0,09	7	2,00	2,00	0,25	2,00	0,31
5	Amsterdam UMC <sup>2</sup>	G -	30,9%	1,41	0,9%	3,35	7,02%	A	-	7	2,00	2,00	0,86	2,00	0,00	8	2,00	2,00	2,00	2,00	0,02
6	UMC Utrecht	G ▼	42,1%	1,57	0,3%	6,87	3,94%	B+	3	6	2,00	2,00	0,33	2,00	0,00	7	2,00	2,00	0,69	2,00	0,00
7	LUMC	G ▲	42,1%	1,07	-1,8%	3,66	4,03%	B-	8	6	2,00	1,85	0,00	2,00	0,00	6	2,00	1,65	0,00	1,85	0,00
Gemiddelde score van de sector			35,3%	1,52	0,9%	3,64	6,90%			7,3	2,00	1,98	1,01	1,97	0,34	6,8	2,00	1,95	0,72	1,83	0,27

▲ gestegen ▼ gedaald ► blijft gelijk

<sup>1</sup> Bij het UMCG wordt op de omzet van de universiteit (ca € 200 mln) vanwege een met de universiteit afgesloten convenant geen rendement gemaakt. Dit is afwijkend ten opzichte van andere UMC's, waardoor het rapportcijfer en de trendrating lager uitvallen.

<sup>2</sup> Het Amsterdam UMC heeft vanaf boekjaar 2021 een geconsolideerde jaarrekening gepubliceerd. Als gevolg hiervan is geen geconsolideerde jaarrekening meer gepubliceerd voor de locatie AMC. Het rapportcijfer voor het Amsterdam UMC 2020 is met terugwerkende kracht berekend op basis van de gepubliceerde jaarrekening. In de kolom 'ranking 2020' is voor de overige centra de daadwerkelijke ranking van het afgelopen jaar opgenomen, dus inclusief het VUmc en het AMC als aparte ziekenhuizen.

**Tabel D: Trendrating**

UMC	Trendrating
Erasmus MC	A
Amsterdam UMC <sup>1</sup>	A
Radboudumc	A
UMC Utrecht	B+
Maastricht UMC+	B-
LUMC	B-
UMCG <sup>2</sup>	C+

<sup>1</sup> De trendrating voor Amsterdam UMC is bepaald op basis van de cijfers voor het Amsterdam UMC voor de jaren 2021 en 2020 en op basis van de gemiddelden van VUmc en AMC voor de jaren 2019 en 2018.

<sup>2</sup> Bij het UMCG wordt op de omzet van de universiteit (ca € 200 mln) vanwege een met de universiteit afgesloten convenant geen rendement gemaakt. Dit is afwijkend ten opzichte van andere UMC's, waardoor het rapportcijfer en de trendrating lager uitvallen.



# Naar een nieuw businessmodel voor de UMC's?

**Ondanks de goede scores over 2021 komt het huidige businessmodel van de Universitair Medische Centra (UMC's) steeds sterker onder druk te staan. Tijd voor de vraag: kan het misschien anders?**

**'UMC'S hebben een forse transitie-agenda: het terugbrengen van de hoeveelheid tweedelijns medisch-specialistische basiszorg en invulling geven aan de opdracht tot verdere concentratie en specialisatie van de hoogcomplexere zorg'**

Goed nieuws; van een 6,8 naar een 7,3. Daarmee wordt de daling van het financiële rapportcijfer van de UMC's tussen 2017 en 2020 eindelijk gekeerd. Dat, en de constatering dat het met de financiële buffers wel goed zit, zou kunnen leiden tot de conclusie dat we ons over 's lands academische ziekenhuizen geen zorgen hoeven te maken. Niets is echter minder waar. Een gemiddeld rendement van 0,9 procent is bescheiden in het licht van de lange termijn investeringen die nodig zijn om met de tijd mee te kunnen blijven gaan.

+

## Aanjagers

Daar komt bij: van de UMC's wordt momenteel veel meer verwacht dan 'met de tijd meegaan'. In het recent ondertekende Integraal Zorgakkoord (IZA) spelen ze een belangrijke rol, als aanjagers van de transitie naar 'passende zorg'. Zorg die vanuit de Zorgverzekeringswet vergoed wordt – zo wil de passende zorggedachte – moet waardegedreven zijn, samen met de patiënt worden vormgegeven, zo dicht mogelijk bij de patiënt en diens context worden verschaft, en ze moet – liefst preventief – bijdragen aan

gezondheid en kwaliteit van leven. Het realiseren van die gedachte vraagt om een ingrijpende verbouwing van ons zorgstelsel. De UMC's dienen daartoe een actieve regierol in de regio in te nemen.

Daarnaast regisseren en coördineren UMC's de acute regionale zorgketen, maken ze afspraken met farmaceutische bedrijven over dure geneesmiddelen en worden ze als vanouds gezien als de krachtige motor van kennis, onderzoek en innovatie binnen de Nederlandse zorg en daarbuiten. Niet alleen als het gaat om onderzoek naar nieuwe medicijnen en behandelingen, maar ook in het operationaliseren van nieuwe technologie.

+

## Kiezen

UMC'S zelf hebben ook grote transitie-opdrachten: het terugbrengen van de hoeveelheid tweedelijns medisch-specialistische basiszorg die binnen hun muren plaatsvindt bijvoorbeeld. Die basiszorg kan immers even goed, maar dichterbij en goedkoper, plaatsvinden in algemene ziekenhuizen of

zelfstandige klinieken. En, er is de opdracht tot verdere concentratie en specialisatie van de hoogcomplexere zorg. De overheid wil dat UMC's een keuze maken over welke hoogcomplexere zorg ze gaan leveren. Dus ook: welke zorg ze aan anderen overlaten. En dat ze daarvan de consequenties nemen op het gebied van onderzoek en onderwijs. Dit alles om de kwaliteit van die hoogcomplexere zorg te bevorderen, bij – zo wordt gehoopt – minder snel stijgende kosten.

UMC's hebben, evenals andere zorgverleners in ons land, te maken met een aantal sterk kostenverhogende zaken. Zo leidt een historisch krappe arbeidsmarkt tot een forse stijging van het personeelskostenniveau de komende jaren. Dit wordt nog eens versterkt door de afspraak vorig jaar om de collectieve salarisverhoging 2023 minimaal gelijk te houden aan de Consumentenprijsindex 2022 (een afspraak waarvan de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) nu heeft aangegeven dat deze niet kan worden toegekend). Daarnaast speelt de sterke inflatie, die her en der al leidt tot heroverweging van (nieuw)bouwplannen.

De combinatie van die lijvige transitieagenda en oplopende kosten bij relatief lage rendementen zet duk op de UMC's om te werken aan hun financiële performance. Een normale reflex die elk bedrijf in een vergelijkbare positie zou vertonen. Voor UMC's, die voor circa 70% van hun inkomsten nog altijd afhankelijk zijn van patiëntenzorg, is de snelste manier om hun financiële resultaten te verbeteren het leveren van méér patiëntenzorg. Dat levert immers meer inkomsten uit Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) op. Academische zorg is echter de duurste zorg die binnen ons stelsel wordt geleverd. Maatschappelijk gezien is meer patiëntenzorg door UMC's juist niet wat we zouden moeten willen. Het roept daarmee de vraag op of academische zorg niet dan wel minder productiegedreven moet worden bekostigd.

## Businessmodel

Dit alles roept de vraag op of het businessmodel van de UMC's hen in staat stelt om hun verantwoordelijkheid voor passende zorg in ons zorgstelsel te kunnen nemen. Hun kerntaak is onderwijs en onderzoek en hieraan gerelateerde tertiaire zorg. Maar hun inkomsten halen zij momenteel nog voor circa 70% uit patiëntenzorg. De eerste twee categorieën worden grotendeels bekostigd door de overheid en voor een kleiner deel uit onderzoekscontracten met bedrijven,

**'Van 's lands UMC's wordt momenteel meer verwacht dan "met de tijd meegaan"'**

terwijl de patiëntenzorg de financiële kurk is waar de UMC's op drijven.

Het onderzoek dat UMC's verrichten, is van hoog niveau; Nederland speelt een respectabele rol als het gaat om innovatie in de internationale medische wereld. En die kennis is van grote waarde. De vraag is of die kennis niet nog beter gevaloriseerd kan worden. Met beter renderende kennis worden UMC's minder afhankelijk van patiëntenzorg met alle positieve gevolgen voor ons zorgstelsel en worden de kosten ervan in ieder geval voor een deel van de schouder van de Nederlandse belastingbetaler gehaald.

Het realiseren van deze herinrichting van het zorglandschap brengt een forse investering met zich mee. Dat wordt met zoveel woorden onderkend in het Integraal Zorgakkoord (IZA) door circa € 0,9 miljard aan transitie-middelen voor de medisch-specialistische zorg (MSZ) beschikbaar te stellen. Daarbij heeft het ministerie van VWS wel de kanttekening geplaatst dat deze niet bedoeld zijn om

de scherpe kantjes af te halen van de besparingsopdracht die in het IZA voor de verschillende sectoren is afgesproken.

## Shared savings

Gegeven de aard en omvang van de transitie, gecombineerd met een besparingsopdracht is het de vraag of deze € 0,9 miljard voldoende is. Het is wat ons betreft zaak om de gebaande paden van externe financiering deels los te laten en (nog) meer te werken vanuit de samenwerkingsgedachte op basis van 'shared savings', waarbij impact op organisaties wordt meegenomen. Regionale samenwerking heeft effect op toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid en zorg voor personeel. Effecten waar zorgverzekeraar en ziekenhuis coalitieafspraken over moeten maken. Wanneer partijen elkaar vinden in een structurele bijdrage op termijn dan zijn financiële transitievraagstukken ook gemakkelijk(er) op te lossen. Bijkomend voordeel is dat de financiële continuïteit van ziekenhuizen gedurende deze complexe transitie beter wordt gegarandeerd.

In aanvulling hierop dringt zich een scenario op waarin UMC's – conservatief gefinancierd en gegeven hun aard en publieke rechtspersoonlijkheid – de komende jaren hun eigen vermogen deels gebruiken om een flinke sprong voorwaarts te maken. Daarbij mogen ze – mits bewegend in de juiste richting – verliesleidend opereren. Zo gebruiken ze een deel van hun reserves om het Nederlandse zorgstelsel een stap verder te brengen richting een betaalbare toekomst. En komen ze in de gelegenheid om hun hoofdtaken – onderwijs en onderzoek – van een nieuw financieel fundament te voorzien. Deze gedachtegang wordt echter wel bemoeilijkt door de lopende financieringsarrangementen met de banken en het nog niet uitgekristalliseerde beeld over het risicoprofiel van academische centra na afronding van deze transitie en daarmee de minimaal benodigde omvang van het eigen vermogen.

Gabriël Zwart

lid Raad van Bestuur Maastricht UMC+

# 'Ons rendement is deels afhankelijk van andere domeinen'

**Hoe probeert het Maastricht UMC+ te werken aan de transitieopdracht zoals verwoord in het Integraal Zorgakkoord (IZA)?**

'In het Integraal Zorgakkoord (IZA) staan vier voorbeelden van passende zorg. Twee daarvan komen uit Maastricht. Neem ons Beweeghuis: een regionaal zorgnetwerk, geïnitieerd vanuit onze orthopedische afdeling die erop gericht is om het aantal knie- en heuptransplantaties te verminderen en de kwaliteit van leven te verbeteren. Niet alleen levert dat betere zorg op, het aantal operaties neemt ook met 70% af. Preventief handelen is dus heel waardevol.'

**Is het bij de huidige rendementscijfers mogelijk om die opdracht de komende jaren vorm te geven?**

'Een andere werkwijze vraagt niet per definitie om hogere investeringen. Het draait om werkafspraken met andere zorgverleners en het voorkomen van dure medische ingrepen.'

**Waar zit de spanning?**

'Niemand heeft nog kunnen uitrekenen wat het IZA in de toekomst oplevert en wat het kost om daar te komen. De gevolgen van preventie op jonge leeftijd zie je pas als iemand boven de 70 is. Niemand weet hoe groot die gevolgen zijn. Heel veel andere factoren – zoals opleidingsniveau, woonomgeving en sociale omgeving – hebben minstens net zoveel invloed op latere zorgconsumptie. Een metroritje van twaalf haltes in Rotterdam scheelt zomaar zes jaar aan levensverwachting. Ons rendement is dus deels afhankelijk van andere domeinen.'

**Past het binnen jullie businessmodel om bijvoorbeeld tweedelijnszorg over te brengen naar andere zorgverleners?**

'Jazeker. Heel plat gezegd liggen er bij ons iedere dag dertig mensen die eigenlijk andere zorg nodig hebben. Onze bedden zijn ongeveer

€ 250 per dag duurder dan een bed in een verpleeghuis. Maal 365 dagen en maal 30 bedden: dat is bijna € 3 miljoen. Alleen in Maastricht is dat al bijna de helft van de jaarwinst. In mijn optiek moet een academisch ziekenhuis wegblijven van volume gedreven zorg. Het is, naast onze stad- en streekfunctie, onze taak om nieuwe methodes en technieken te ontwikkelen en complexe zorg te leveren. Patiënten met een eenvoudige zorgvraag kunnen ook terecht bij reguliere ziekenhuizen.'

**Hoe kijken jullie naar de toekomst van jullie relatie met grote bedrijven uit big pharma en big tech?**

'We moeten veel scherper zijn op het vermarkten van onze kennis. We geven nu te veel gratis weg, waarna anderen – zoals big pharma en medtech – er enorme winsten mee kunnen maken. Terwijl door ons bedachte innovaties eigenlijk tot kostenverlaging zou moeten leiden.'

**Overweegt het Maastricht UMC+ het aangaan van strategische allianties of zijn die al gaande?**

'Om te innoveren, kun je niet zonder samenwerking. We spelen een aanjagende rol in het gezondheidsnetwerk en we zoeken voortdurend naar strategische allianties die passen bij onze ambities en uitdagingen.'

**Wat is uw grootste zorg?**

'Ik heb geen zorgen. Maar je zult met innovaties aan de slag moeten. Van veel behandelingen weten we dat ze bij het overgrote deel van de patiënten niet werken. Maar omdat we niet weten bij wie het wel of niet werkt, krijgt iedereen die behandeling. Met een beter genetisch profiel en big data kun je wel zien bij wie bijvoorbeeld chemotherapie aanslaat of niet. Daar moeten we naartoe.'

2 ▲

MAASTRICHT UMC+

€ 859 MLN.

4.798 FTE

2,3%





## Bijlagen

BIJLAGE I: TOTALE RESULTATENREKENING

BIJLAGE II: TOTALE BALANS

## BIJLAGE I: TOTALE RESULTATENREKENING

X € 1.000	2021	2020	Mutatie absoluut	% mutatie 2021-2020
<b>BEDRIJFSOPBRENGSTEN</b>				
<i>DBC-opbrengsten</i>	5.801.658	5.473.258	328.400	6,00%
<i>Beschikbaarheidsbijdrage zorg</i>	1.082.628	1.046.312	36.316	3,47%
<i>Niet gebudgetteerde zorgprestaties</i>	242.833	188.919	53.914	28,54%
<i>Overige bedrijfsopbrengsten</i>	1.540.957	1.511.242	29.715	1,97%
<i>Subsidies</i>	1.820.135	1.808.546	11.589	0,64%
<b>Totaal</b>	<b>10.488.211</b>	<b>10.028.277</b>	<b>459.934</b>	<b>4,59%</b>
<b>BEDRIJFSLASTEN</b>				
<i>Personeelskosten</i>	6.232.839	6.005.135	227.704	3,79%
<i>Honorariumkosten medisch specialisten</i>	32.720	32.122	598	1,86%
<i>Afschrijvingen op immateriële en materiële vaste activa</i>	552.148	529.557	22.591	4,27%
<i>Overige bedrijfskosten</i>	3.498.608	3.302.555	196.053	5,94%
<b>Totaal</b>	<b>10.316.315</b>	<b>9.869.369</b>	<b>446.946</b>	<b>4,53%</b>
<b>SALDO OPBRENGSTEN EN LASTEN</b>	<b>171.896</b>	<b>158.908</b>	<b>12.988</b>	<b>8,17%</b>
<i>Financiële baten en lasten</i>	-73.711	-91.287	17.576	-19,25%
<b>RESULTAAT UIT GEWONE BEDRIJFSUITOEFENING</b>	<b>98.185</b>	<b>67.621</b>	<b>30.564</b>	<b>45,20%</b>
<i>Belastingen resultaat uit gewone bedrijfsuitoefening</i>	-1.180	-2.411	1.231	-51,06%
<i>Aandeel derden</i>	-3.281	-402	-2.879	716,17%
<i>Resultaat deelneming</i>	5.628	1.332	4.296	322,52%
<b>Resultaat</b>	<b>99.352</b>	<b>66.140</b>	<b>33.212</b>	<b>50,21%</b>

## BIJLAGE II: TOTALE BALANS

X € 1.000	2021	2020	Mutatie absoluut	% mutatie 2021-2020
<b>ACTIVA</b>				
<i>Vaste activa</i>				
<i>Immateriële vaste activa</i>	131.937	144.996	-13.059	-9,01%
<i>Materiële vaste activa</i>	4.891.892	4.862.118	29.774	0,61%
<i>Financiële vaste activa</i>	179.380	227.597	-48.217	-21,19%
	<b>5.203.209</b>	<b>5.234.711</b>	<b>-31.502</b>	<b>-0,60%</b>
<b>Vlottende activa</b>				
<i>Vorraden</i>	155.786	135.496	20.290	14,97%
<i>OHW uit hoofde van DBC's</i>	165.393	197.518	-32.125	-16,26%
<i>Vorderingen, overlopende activa</i>	2.422.526	2.228.647	193.879	8,70%
<i>Vorderingen uit hoofde van financieringskort</i>	124	249	-125	-50,20%
<i>Effecten</i>	32.847	36.429	-3.582	-9,83%
<i>Liquide middelen</i>	1.318.829	1.154.705	164.124	14,21%
	<b>4.095.505</b>	<b>3.753.044</b>	<b>342.461</b>	<b>9,12%</b>
<b>Totaal activa</b>	<b>9.298.714</b>	<b>8.987.755</b>	<b>310.959</b>	<b>3,46%</b>
<b>PASSIVA</b>				
<b>Groepsvermogen</b>				
<i>Kapitaal</i>	12.136	11.252	884	7,86%
<i>Bestemmingsreserve</i>	654.967	921.469	-266.502	-28,92%
<i>Bestemmingsfonds</i>	4.440	3.386	1.054	31,13%
<i>Algemene en overige reserves</i>	2.491.741	2.115.242	376.499	17,80%
	<b>3.163.284</b>	<b>3.051.349</b>	<b>111.935</b>	<b>3,67%</b>
<i>Aandeel derden</i>	14.125	11.603	2.522	21,74%
<i>Voorzieningen</i>	541.487	538.181	3.306	0,61%
<i>Langlopende schulden</i>	2.887.166	2.920.859	-33.693	-1,15%
<b>Vlottende passiva</b>				
<i>Kortlopende schulden, overlopende passiva</i>	2.654.595	2.437.210	217.385	8,92%
<i>Schulden uit hoofde van financieringsoverschot</i>	609	602	7	1,16%
<i>OHW uit hoofde van DBC's</i>	37.448	27.951	9.497	33,98%
	<b>2.692.652</b>	<b>2.465.763</b>	<b>226.889</b>	<b>9,20%</b>
<b>Totaal passiva</b>	<b>9.298.714</b>	<b>8.987.755</b>	<b>310.959</b>	<b>3,46%</b>

## BRANCHEGROEP ZORG

Hoe houd ik mijn zorginstelling in deze uitdagende tijden financieel gezond? De moderne zorg is een veeleisend vak: instellingen moeten niet alleen kwalitatief hoogstaande zorg leveren, maar ook kostenefficiënt en veilig werken. De overheid snijdt in budgetten, de concurrentie groeit en de consument wordt met de dag kritischer. Hoe behoudt u in deze uitdagende tijden als zorginstelling uw bestaansrecht? Professioneel advies kan u helpen om de juiste koers te kiezen. Bij BDO geloven we dat zorginstellingen hun maatschappelijke relevantie met slimme bedrijfsmatige keuzes juist nu kunnen vergroten. Dat is ook het doel dat de specialisten van onze branchegroep Zorg steeds voor ogen hebben. Samen met collega's in andere branches van de publieke sector vertalen we actuele ontwikkelingen en inzichten naar gerichte adviezen en praktische ondersteuning voor uw organisatie.

### Meer informatie

Branchegroep Zorg van BDO  
E-mail: [publiekesector@bdo.nl](mailto:publiekesector@bdo.nl)  
Internet: [www.bdo.nl/zorg](http://www.bdo.nl/zorg)

Voor meer informatie naar aanleiding van dit onderzoeksrapport of over de Branchegroep Zorg van BDO kunt u contact opnemen met:

### BDO AUDIT & ASSURANCE

#### Regio Midden/Noord/Oost:

drs. C.F. (Chris) van den Haak RA  
Tel: 06 52 47 68 82  
E-mail: [chris.van.den.haak@bdo.nl](mailto:chris.van.den.haak@bdo.nl)



drs. K. (Katelijn) Troe RA  
Tel: 06 83 94 59 57  
E-mail: [katelijn.troe@bdo.nl](mailto:katelijn.troe@bdo.nl)



M. (Marleen) Zoetman RA  
Tel: 06 28 15 65 01  
E-mail: [marleen.zoetman@bdo.nl](mailto:marleen.zoetman@bdo.nl)



#### Regio Noord:

E.J. (Eelke-Jan) Jongsma RA  
Tel: 06 20 25 21 62  
E-mail: [eelke.jan.jongsma@bdo.nl](mailto:eelke.jan.jongsma@bdo.nl)



#### Regio Midden/West:

J.A. (Jeroen) Wiersma RA  
Tel: 06 55 69 99 60  
E-mail: [jeroen.wiersma@bdo.nl](mailto:jeroen.wiersma@bdo.nl)



#### Regio West:

R. (Rob) Karlas RA  
Tel: 06 20 13 79 37  
E-mail: [rob.karlas@bdo.nl](mailto:rob.karlas@bdo.nl)



#### Regio Zuid:

drs. M.M.H. (Mike) Tagage RA  
Tel: 06 46 88 85 88  
E-mail: [mike.tagage@bdo.nl](mailto:mike.tagage@bdo.nl)



### BDO ADVISORY

drs. F.J. (Frank) van der Lee RA  
Tel: 06 11 00 31 17  
E-mail: [frank.van.der.lee@bdo.nl](mailto:frank.van.der.lee@bdo.nl)



drs. V. (Vincent) Eversdijk RA  
Tel: 06 52 61 51 65  
E-mail: [vincent.eversdijk@bdo.nl](mailto:vincent.eversdijk@bdo.nl)



drs. N. (Nico) Baas  
Tel: 06 13 31 09 63  
E-mail: [nico.baas@bdo.nl](mailto:nico.baas@bdo.nl)



### TAX & LEGAL

mr. drs. N.T. (Nika) Stegeman-Kruijt  
Tel: 06 13 09 50 11  
E-mail: [nika.stegeman@bdo.nl](mailto:nika.stegeman@bdo.nl)



mr. J.C.M. (Jeroen) Cremers  
Tel: 06 23 60 23 43  
E-mail: [jeroen.cremers@bdo.nl](mailto:jeroen.cremers@bdo.nl)



mr. B.P.H. (Bram) Hautvast  
Tel: 06 19 62 29 12  
E-mail: [bram.hautvast@bdo.nl](mailto:bram.hautvast@bdo.nl)



*Deze benchmark is tot stand gekomen met de medewerking van S. (Sjoerd) de Goede MSc RA, R.G.F.D. (Roel) Lamerikx MSc RA en J. (Jorrit) Wigchert*

## COLOFON

### Tekst

Branchegroep Zorg van BDO  
Pierre de Winter

### Concept & realisatie

Monte Media

### Vormgeving

Ivo van Ijzendoorn

### Fotografie

Stocksy

**bdo.nl/zorg**

**BDO** is een op naam van Stichting BDO te Amsterdam geregistreerd merk.

In deze publicatie wordt **BDO** gebruikt ter aanduiding van de organisatie die onder de merknaam 'BDO' actief is op het gebied van de professionele dienstverlening (accountancy, belastingadvies en advisory).

**BDO Accountants & Adviseurs** is een op naam van BDO Holding B.V. te Eindhoven geregistreerde handelsnaam en wordt gebruikt ter aanduiding van een aantal met elkaar in een groep verbonden rechtspersonen, die ieder afzonderlijk onder de merknaam 'BDO' actief zijn op een bepaald terrein van de professionele dienstverlening (accountancy, belastingadvies en advisory).

**BDO Holding B.V.** is lid van BDO International Ltd, een rechtspersoon naar Engels recht met beperkte aansprakelijkheid, en maakt deel uit van het wereldwijde netwerk van juridisch zelfstandige organisaties die onder de naam 'BDO' optreden.

BDO is de merknaam die wordt gebruikt ter aanduiding van het BDO-netwerk en van elk van de BDO Member Firms.