

Erasmus Universiteit Rotterdam  
Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg  
Master Zorgmanagement 2007-2008  
Afstudeerscriptie

# Health care governance

*In relatie met de financiële positie van algemene Nederlandse  
ziekenhuizen*

---

Naam:	Marina Vos
Student nummer:	287904
Adresgegevens:	Gradaland 64 2591 HH Den Haag
Begeleider:	E.A. de Knecht R.A.
Meelezer:	Drs. B.M. van Ineveld

## Voorwoord

Voor u ligt mijn afstudeerscriptie waarmee ik de master Zorgmanagement afrond. In deze scriptie is onderzoek gedaan naar een mogelijke relatie tussen health care governance en de financiële positie van algemene Nederlandse ziekenhuizen. In dit onderzoek zijn kwantitatieve en kwalitatieve gegevens verzameld van 25 algemene Nederlandse ziekenhuizen. Dit betekende voor de kwantitatieve analyse 75 jaarrekeningen, voor de kwalitatieve analyse 25 jaardocumenten en daarnaast de benodigde achtergrond informatie en een zevental interviews. Vooral het verwerken van de hoeveelheid informatie was een zware opgave. Daarnaast heb ik ondervonden dat health care governance een begrip is dat moeilijk te operationaliseren is.

Nu ik deze afstudeerscriptie succesvol heb weten af te ronden sluit ik een periode van vier jaar studie aan de Erasmus Universiteit af en daarmee bereik ik een mijlpijl in mijn leven. Bij deze wil ik graag de personen bedanken die hebben geholpen dit alles tot stand te brengen. Als eerste mijn begeleider dhr. E.A. de Knecht die mij gedurende dit hele onderzoek begeleid heeft. Daarnaast mijn meelezers dhr. B.M. van Ineveld. Vervolgens dank ik alle respondenten die hun medewerking verleend hebben aan mijn onderzoek tussen de drukke werkschema's door. Eveneens dank ik dhr. H. de Wit voor de correspondentie met enkele respondenten. Als laatste wil ik mijn vriend, familie en vrienden bedanken voor de aanmoediging en ondersteuning tijdens de afronding van mijn studie.

Marina Vos

Den Haag, augustus 2008

## Samenvatting

De overheid heeft zich voorgenomen een aantal stappen terug te zetten en ruimte te maken voor gereguleerde marktwerking in de Nederlandse zorgsector. Als gevolg van dit voorgenomen overheidshandelen krijgen besturen van zorginstellingen meer vrijheid, het toezicht wordt anders georganiseerd en als gevolg van nieuwe wet- en regelgeving worden de transparantie-eisen vergroot. Dit alles geeft nieuwe impulsen aan de vormgeving van health care governance. Health care governance betreft aanbevelingen voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording voor zorginstellingen. De zorginstellingen in Nederland zoeken naar de juiste vormgeving van governance. Deze vormgeving heeft invloed op veel facetten van de bedrijfsvoering. Dit onderzoek richt zich op de financiële gevolgen.

In dit onderzoek is de volgende centrale probleemstelling geformuleerd: *Op welke wijze beïnvloedt het goed naleven van health care governance de financiële positie van algemene Nederlandse ziekenhuizen?*

Teneinde een antwoord te geven op deze probleemstelling zijn 25 algemene Nederlandse ziekenhuizen geselecteerd. Daarbij is een kwantitatieve en kwalitatieve analyse uitgevoerd aan de hand van de jaarrekeningen respectievelijk jaarverslagleggingen. Daarnaast zijn een zevental interviews uitgevoerd ten behoeve van de verzameling van extra informatie betreffende het onderwerp. Deze interviews zijn gehouden bij vier van de 25 ziekenhuizen en bij twee adviserende instellingen binnen de gezondheidszorg.

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat een directe relatie tussen health care governance en de financiële positie van algemene Nederlandse ziekenhuizen niet aanwezig is. Dit wordt hoofdzakelijk veroorzaakt doordat beide begrippen vele facetten van de bedrijfsvoering van ziekenhuizen bevatten. Eveneens is te concluderen dat de vormgeving van health care governance in de ziekenhuizen dient te verbeteren. De meeste ziekenhuizen voldoen aan de wet- en regelgeving maar onderscheidend vermogen betreffende health care governance is niet tot nauwelijks aanwezig. Eveneens dienen de financiën van de ziekenhuizen te worden verbeterd. De berekende financiële ratio's voor de ziekenhuizen in deze studie zijn ontoereikend gezien de steeds groter wordende risico's als gevolg van huidige en toekomstige externe marktontwikkelingen.

Uit de resultaten van dit onderzoek is eveneens te veronderstellen dat health care governance de financiële positie van algemene Nederlandse ziekenhuizen indirect kan beïnvloeden. Health care governance kan bijdragen aan goede interne sturing en beheersing

waardoor het ziekenhuis 'in control' is. De financiële uitkomsten worden als gevolg daarvan vormgegeven door het gevoerde beleid en niet door incidentiele gebeurtenissen. Eveneens kan met behulp van goede health care governance het risicomanagement verbeteren. Daarnaast is het mogelijk door middel van een concreet financieel meerjarenplan transparantie te geven in de financiële bedrijfsvoering. Daardoor krijgt de Raad van Toezicht meer inzicht in de financiën op lange termijn en kan waar nodig eerder worden ingegrepen.

## Summary

The government creates the possibility to develop a regulated competitive market in the Dutch health care. This action results in more freedom for the board in health care organizations and changes in the organization of the supervision. The changing law and regulation also increase the required transparency of the health care organizations. All this results in new incentives focused on the design of health care governance. Health care governance informs organizations about accurate management, accurate supervision and suitable accountability. The organizations operation is influenced by the design of health care governance in many ways. In this study the research is narrowed down to the financial consequences.

The central question is formulated as follows: *In which way does living up to health care governance influence the financial position of common Dutch hospitals?*

To answer the central question 25 common Dutch hospitals are selected. Quantitative research and qualitative research are performed based on the annual accounts respectively the annual reports. To gather more information seven interviews took place. The interviews were held at four of the 25 hospitals and two consulting agencies.

The findings of this research show that a direct relation between health care governance and the financial position of common Dutch hospitals is absent. Both concepts influence more than one aspect of the conduct of business. This study also concludes that the forming of health care governance in common Dutch hospitals needs improvement. A lot of hospitals comply with the requirements but do not show extra effort to create distinctive abilities. Equally to the forming of health care governance the financial performances need improvement. The external market is unfolding which increase the risks. The financial performance is insufficient according to those increasing risks.

Based on the findings of this research is to presume that health care governance could have an indirect influence on the financial performance of common Dutch hospitals. Health care governance leads to control in the hospital. The financial performance is not influenced by incidental occurrence but a consequence of the policy. The risk management can also improve as a result of health care governance. Beside this the hospital can make a long term financial plan. This gives the board of supervision more information about the financial policy so the board can interfere earlier when necessary.

## Inhoudsopgave

	Pagina
<b>Inleiding</b>	8
<b>Hoofdstuk 1 – Probleemverkenning en vraagstelling</b>	10
1.1 Probleemverkenning	10
1.2 Doelstelling van het onderzoek	11
1.3 Probleemstelling en deelvragen	12
<b>Hoofdstuk 2 – Health care governance</b>	13
2.1 Corporate governance	13
2.2 Waarom health care governance	14
2.3 Wat is health care governance	14
2.3.1 De zorgbrede governance code	15
2.4 Enkele belangrijke en relevante aanbevelingen door de commissie health care governance	15
2.5 Conclusie	20
<b>Hoofdstuk 3 – De financiële positie van algemene Nederlandse ziekenhuizen en de relatie met health care governance</b>	21
3.1 Grotere financiële verantwoordelijkheid	21
3.2. Het vaststellen van de financiële positie van algemene Nederlandse ziekenhuizen	22
3.2.1 Solvabiliteit	23
3.2.2 Liquiditeit	23
3.2.3 Rentabiliteit	23
3.2.4 Baten per fte, bedrijfsresultaat en baten per bed	24
3.2.5 Participatiegraad in het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ)	25
3.3 Health care governance en financial performance	25
3.3.1 Financiële sturing en de Raad van Bestuur	26
3.3.2 Aspecten van kredietbeoordeling	26
3.4 Conclusie	28

<b>Hoofdstuk 4 – Methodologie</b>	30
4.1 Onderzoeksopzet	30
4.2 De semi-gestructureerde vragenlijst	32
4.3 Het onderzoeksmodel	34
4.4 Validiteit en betrouwbaarheid	34
<b>Hoofdstuk 5 – Resultaten kwantitatief onderzoek</b>	36
5.1 Solvabiliteit	36
5.2 Liquiditeit	37
5.3 Rentabiliteit	38
5.4 Baten per fte	39
5.5 Bedrijfsresultaat	40
5.6 Baten per bed	40
5.7 Participatiegraad in het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ)	41
5.8 Totale score en conclusie	41
<b>Hoofdstuk 6 – Resultaten kwalitatief onderzoek</b>	44
6.1 Resultaten uit documenten analyse	44
6.1.1 Het framework	44
6.1.2 De ‘governance score’ na de beoordeling op basis van het framework	46
6.2 Resultaten uitgevoerde interviews	47
6.2.1 Health care governance	47
6.2.2 Health care governance in de Nederlandse zorgsector	47
6.2.3 De relatie tussen health care governance en de financiën van een organisatie	49
6.2.4 De mate van health care governance in de betreffende ziekenhuizen	51
6.3 Conclusie	54
<b>Hoofdstuk 7 – Conclusie</b>	57
7.1 Beantwoording deelvragen	57
7.2 Beantwoording probleemstelling	61

<b>Hoofdstuk 8 – Discussie en aanbevelingen</b>	<b>63</b>
8.1 Discussie	63
8.2 De aanbevelingen	65
8.2.1 Aanbevelingen gericht op de zorgsector	65
8.2.2 Aanbevelingen gericht op vervolgonderzoek	65
<b>Literatuurlijst</b>	<b>67</b>

### **Bijlagen**

- 1: de aanbevelingen van de commissie health care governance
- 2: de beddenaantallen van de geselecteerde ziekenhuizen
- 3: vragenlijst bij semi-gestructureerde interviews
- 4: framework voor onderzoek jaarverslagleggingen
- 5: kwantitatieve gegevens; de gemiddelden per ziekenhuis inclusief wegingen
- 6: kwantitatieve gegevens; de solvabiliteit
- 7: kwantitatieve gegevens; de liquiditeit
- 8: kwantitatieve gegevens; de rentabiliteit
- 9: kwantitatieve gegevens; baten per fte
- 10: kwantitatieve gegevens; het bedrijfsresultaat (voor aftrek baten/lasten)
- 11: kwantitatieve gegevens; baten per bed
- 12: governance score per instelling op basis van het framework
- 13: scores en wegingen gericht op de financiële positie en health care governance



## Inleiding

In 1999 heeft de commissie health care governance een advies gepubliceerd gericht op corporate governance voor de Nederlandse gezondheidszorg. Deze commissie is benoemd omdat een aantal toezichthouders en bestuurders binnen en buiten de gezondheidszorg, evenals een aantal wetenschappers en bestuurskundigen het de moeite waard achtten het concept corporate governance voor de gezondheidszorg te concretiseren. In het rapport van de commissie 'health care governance' uit 1999 communiceert Pauline Meurs, voorzitter commissie health care governance, de vraag naar health care governance als volgt:

*'Veel toezichthouders en bestuurders in de gezondheidszorg zijn bezig met verbetering van de governance van hun organisatie. Zorgorganisaties zoeken naar wegen om hun maatschappelijke functie te vervullen en daarover verantwoording af te leggen aan belanghebbenden. Er is in het veld behoefte aan spelregels en aan duidelijkheid over health care governance en over het functioneren van de raad van toezicht en het samenspel tussen raad van toezicht en raad van bestuur in het bijzonder.*

*Ook de rijksoverheid hecht groot belang aan goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording van zorgaanbieders. In het regeerakkoord is de intentie uitgesproken om zorgaanbieders meer beleidsruimte te geven en te komen tot bestuurlijke vernieuwing en tot meerjarenafspraken.'*

(Health care governance 1999:5)

De commissie health care governance heeft aanbevelingen gepubliceerd over goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording in de gezondheidszorg. Na 1999 zijn daar verschillende aanvullingen op toegepast. In 2004 heeft de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) de NVZ governance code uitgebracht en in 2005 hebben de brancheorganisaties in de zorg een zorgbrede governance code gepubliceerd. (Ernst & Young 2005:1) De brancheorganisaties hebben zelf de verantwoordelijkheid genomen door regels op te stellen voor goed bestuur en goed toezicht op zorginstellingen (Hoogervorst 2005).

Indien de overheid de geplande stappen terug zet, wordt in de zorg de inhoud van begrippen zoals bestuur, toezicht en verantwoording belangrijker. Als gevolg van dit voorgenomen overheidshandelen krijgen de besturen van zorginstellingen meer vrijheid, het toezicht wordt anders georganiseerd en als gevolg van nieuwe wet- en regelgeving worden de transparantie-eisen vergroot. De invoering van de gereguleerde marktwerking in de komende jaren geeft nieuwe impulsen aan de verdere ontwikkeling van health care governance

(brancheorganisaties zorg 2005: inleiding). De aard en de inhoud van de begrippen waar het advies van de commissie health care governance op van toepassing is, zijn continu in beweging. Het is voor het bestuur van iedere zorgorganisatie een zoektocht de juiste governance in de organisatie te implementeren, te handhaven en indien mogelijk te verbeteren. Dit is de reden dat in dit onderzoek het begrip health care governance centraal staat. Het is interessant te onderzoeken welke keuzes de besturen van zorgorganisaties maken gericht op health care governance en wat daarvan de gevolgen zijn. Dit onderzoek is gericht op de financiële gevolgen. In dit onderzoek worden een aantal elementen die het succes of falen van de governance in een zorgorganisatie betreffen onderzocht en geanalyseerd. Als gevolg daarvan is het mogelijk dat dit tot voordelen leidt voor zorginstellingen die nog actief zijn met de zoektocht naar de juiste governance voor hun instelling. Op basis van de empirische bevindingen in dit onderzoek bestaat de mogelijkheid te leren van ervaringen bij andere zorginstellingen.

## **Hoofdstuk 1 – Probleemverkenning en vraagstelling**

Op basis van de inleiding blijkt wat het hoofdonderwerp van dit onderzoek is. Dit hoofdstuk bevat dienaangaande een nadere concretisering. Eerst wordt aandacht besteed aan de verdere probleemverkenning van het onderzoeksonderwerp. Vervolgens worden de doelstelling en de vraagstelling van dit onderzoek nader geconcretiseerd op basis waarvan de richting van het onderzoek wordt toegelicht.

### **1.1 Probleemverkenning**

Het onderwerp health care governance is, mede door de huidige veranderingen in de zorgsector, in beweging. Dit is de voornaamste reden dat dit onderzoek gericht is op health care governance. Het bestuur van zorginstellingen zoekt voor hun instelling de juiste vormgeving van governance. Als gevolg van de beoogde grotere concurrentie op de zorgmarkt wordt het implementeren en het handhaven van een goede governance belangrijker. Als gevolg van de terugtrekkende overheid en de, mede als gevolg daarvan, wijzigende wet- en regelgeving verandert het karakter van de markt waar zorginstellingen op opereren. Een aantal van deze veranderingen zijn relevant gericht op de probleemverkenning voor dit onderzoek.

#### De veranderende transparantie-eisen

De patiënten, de verzekeraars en de toezichthouders wensen betreffende de zorg steeds meer transparantie. Het is relevant dat iedereen weet op welke wijze instellingen functioneren zodat, mede op basis van die informatie, beter inhoud kan worden gegeven aan de beoogde concurrentie. Eveneens als gevolg van de invoering van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) wordt beter getoetst of zorginstellingen voldoen aan de transparantie-eisen die in het Uitvoeringsbesluit zijn vastgelegd (min VWS; dossier WTZi 2008b). Health care governance bevat ondermeer aanbevelingen gericht op de goede verantwoording. Een goede verantwoording verhoogt de transparantie van de instelling.

#### Grotere vrijheid voor Raad van Bestuur

Door de overheid worden steeds meer verantwoordelijkheden overgedragen aan het bestuur van zorginstellingen. Dit heeft veel voordelen. Ondermeer doordat het bestuur daardoor in staat is, op basis van de minimum kwaliteitseisen die aan de zorg worden gesteld, meer de zorg te leveren zoals het bestuur dat wenst. Een nadeel van het feit dat de zorginstellingen meer zelfstandigheid verkrijgen is de afhankelijkheid van goed bestuur. Indien het bestuur van een zorginstelling disfunctioneert, zal de overheid niet ingrijpen mits de continuïteit van de zorg niet wordt bedreigd (Hoogervorst 2004). Als gevolg van deze ontwikkelingen is het

essentieel aan het bestuur de juiste eisen te stellen en eveneens het toezicht daarop eenduidig vast te leggen.

### Grotere financiële vrijheid, meer risico's

De bekostigingssystematiek wordt gewijzigd. De bekostiging van de zorginstellingen wordt gewijzigd van een vast en zeker budget naar prestatiebekostiging. Dit impliceert dat zorginstellingen pas over inkomen kunnen beschikken nadat de productie is geleverd. Dit impliceert meer financiële onzekerheid. Deze bekostiging wordt in fasen ingevoerd en bedraagt vanaf 1 januari 2008 20% van de totale inkomsten (min VWS; dossier DBC 2008a). Indien goede governance de financiële positie van zorginstellingen positief kan beïnvloeden doordat het toezicht op de financiën goed geregeld is of dat het bestuur de juiste investeringsbeslissingen neemt, leidt dit in een markt met gereguleerde concurrentie tot voordelen voor de zorginstelling.

Naast de bekostigingssystematiek worden eveneens wijzigingen in de financiering van zorginstellingen voorbereid. Momenteel wordt de zorgsector nog redelijk strak geregisseerd. Dankzij de beperkte vrijheid worden risico's afgedekt en kunnen zorgaanbieders op basis van relatief lage tarieven geld lenen (Eijsink & Dijkstra 2007). Indien de marktwerking verder wordt vergroot zullen voor de zorginstellingen, maar eveneens voor de financiers, de investeringsrisico's groter worden. In het bijzonder de eigen verantwoordelijkheid van de zorginstellingen betreffende de kapitaalslasten is daarbij een relevant element (Vos, M 2007).

In het vorenstaande zijn de van belang zijnde elementen voor dit onderzoek toegelicht. Vervolgens worden hierna de doelstelling en de vraagstelling geformuleerd die de basis vormen voor het uit te voeren onderzoek

## **1.2 Doelstelling van het onderzoek**

Dit onderzoek is gericht op health care governance bij algemene Nederlandse ziekenhuizen. Algemene Nederlandse ziekenhuizen zijn instellingen die in het bijzonder basiszorg leveren en een bepaalde vorm van topklinische zorg (Boerakker e.a. 2005). Het doel van dit onderzoek is het vaststellen van een mogelijke causale relatie tussen health care governance en de financiële positie van deze ziekenhuizen. Op basis van dit onderzoek zijn mogelijk adviezen vast te stellen die bij de bedrijfsvoering binnen de zorginstellingen kunnen worden toegepast.

### 1.3 Probleemstelling en deelvragen

Gericht op de uitvoering van dit onderzoek is de volgende centrale probleemstelling geformuleerd:

*Op welke wijze beïnvloedt het goed naleven van health care governance de financiële positie van algemene Nederlandse ziekenhuizen?*

De beantwoording van deze probleemstelling wordt mede vormgegeven op basis van de volgende te beantwoorden deelvragen:

1. Wat is de inhoud van het begrip health care governance?
2. Welke elementen zijn relevant teneinde de mate van health care governance binnen algemene Nederlandse ziekenhuizen vast te stellen?
3. Wat zijn relevante parameters op basis waarvan de financiële positie van algemene Nederlandse ziekenhuizen dient te worden beoordeeld?
4. Op basis waarvan kan onderbouwd worden dat een mogelijke relatie bestaat tussen health care governance en de financial performance?
5. Wat is de financiële positie van (een aantal) algemene Nederlandse ziekenhuizen?
6. Wat is de mate van de health care governance bij (een aantal) algemene Nederlandse ziekenhuizen?
7. Is een relatie aanwezig tussen de berekende financiële positie en de mate van health care governance?

De eerste vier deelvragen worden beantwoord in het theoretisch deel van dit onderzoek. Deze antwoorden worden vormgegeven op basis van literatuuronderzoek en documentenanalyse. Vervolgens worden de resterend drie deelvragen beantwoord op basis van het uit te voeren kwantitatief en kwalitatief empirisch onderzoek. De uitkomsten daarvan worden gepresenteerd in het hoofdstuk resultaten van dit onderzoek. Schematisch is de indeling van de hoofdstukken als volgt

	Hoofdstuk
Deelvraag 1	2
Deelvraag 2	2
Deelvraag 3	3
Deelvraag 4	3
Methodologie	4
Deelvraag 5	5
Deelvraag 6	6
Deelvraag 7	6
Probleemstelling	7
Aanbevelingen	8

## **Hoofdstuk 2 – Health care governance**

In dit hoofdstuk worden de bevindingen gepresenteerd betreffende de literatuurstudie. De inhoud van het begrip health care governance wordt toegelicht teneinde dit vervolgens in dit onderzoek toe te passen. Vervolgens wordt aandacht besteed aan de uitgangspunten en de aanbevelingen betreffende health care governance. Aan het einde worden een aantal, voor dit onderzoek, relevante aanbevelingen gepresenteerd. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met de beantwoording van de deelvragen 1 en 2.

### **2.1 Corporate governance**

Corporate governance is een begrip dat – beknopt vormgegeven – uitgangspunten en regels omvat ter bevordering van goed bestuur en goed toezicht. De oorsprong van dit begrip bevindt zich in de Verenigde Staten, waar de ‘Principles of Corporate Governance’ gericht zijn op het besturen van ondernemingen (Luursema e.a. 2003:7). De governance gedachte richtte zich in eerste instantie in het bijzonder op het afleggen van verantwoording aan de shareholders. Al snel is het begrip verbreed naar verantwoording aan meerdere stakeholders en naar een bredere verantwoording, die niet uitsluitend de gerealiseerde financiële doelen betreft, maar eveneens de visie, de missie en de maatschappelijke positie van de instelling. (Health care governance 1999:17).

Toen de commissie health care governance in 1999 haar aanbevelingen publiceerde, bestond de Nederlandse governance code nog niet. Wel zijn in 1997 door de commissie Peters aanbevelingen gepubliceerd gericht op corporate governance in Nederland (Luursema et al 2003:7). Pas op 9 december 2003 is door de commissie Tabaksblat de Nederlandse corporate governance code gepresenteerd. Deze code is van toepassing voor alle vennootschappen met de statutaire zetel in Nederland en waarvan aandelen of certificaten van aandelen zijn toegelaten tot de officiële notering van een door overheidswege erkende effectenbeurs (commissiecorporategovernance.nl 2008). De Code is op 1 januari 2004 in werking getreden maar was op dat moment nog niet wettelijk verankerd (Lamsberg 2007:47). Het Nederlandse kabinet heeft op 1 maart 2004 haar reactie gepubliceerd op de Code Tabaksblat en communiceerde dat het de aanpak van de commissie steunt en vrijwel alle aanbevelingen zal overnemen. Bij Besluit van 23 december 2004 in het Staatsblad Koninkrijk der Nederlanden, jaargang 2004, nr. 747 is bepaald dat deze Code dient te worden nageleefd. De wettelijke grondslag van de code is vastgelegd in artikel 2:391 lid 4 BW (commissiecorporategovernance.nl 2008).

## **2.2 Waarom health care governance?**

Zorginstellingen zijn (vooralsnog) non-profitorganisaties en hebben een maatschappelijke functie. Deze maatschappelijke functie is vastgelegd in artikel 22 van de Gezondheids Wet. In dit artikel is vastgelegd dat de overheid verplicht is maatregelen te treffen ter bevordering van de volksgezondheid. De overheid maakt daarbij gebruik van de zorginstellingen in Nederland. Deze maatschappelijke taak stelt andere eisen aan goed bestuur van en adequaat toezicht op zorgorganisaties (Health care governance 1999:18). De governance gedachte is essentieel voor de Nederlandse gezondheidszorg. Immers, alle betrokken partijen beogen manieren te vinden de gezondheidszorg op een goede manier te besturen zodat ze aan de maatschappelijke doelen en kaders voldoen (ibid:18). Dit belang van governance voor de Nederlandse gezondheidszorg heeft de commissie health care governance doen besluiten adviezen te publiceren. De commissie heeft daarvoor de volgende beweegredenen toegepast:

- het maatschappelijk belang van de gezondheidszorg;
- de toenemende mondigheid van patiënten en de individualisering van het cliëntsysteem;
- de verschuivende patronen in wederzijdse afhankelijkheden tussen de publieke, de private en de professionele sferen;
- de wens en de noodzaak belanghebbenden invloed te laten uitoefenen op de beleidskeuzen en de beleidsuitvoering door zorgorganisaties;
- de schaalvergroting in de zorg en de grotere interne en externe complexiteit van de zorgorganisatie;
- het ontbreken van wettelijke kaders gericht op het toezicht in en op de instelling.

(Health care governance 1999:20).

## **2.3 Wat is health care governance?**

Governance kan op meerdere manieren gedefinieerd worden. Volgens de commissie is health care governance:

*‘Een stelsel van spelregels en omgangsvormen voor goed bestuur van en goed toezicht op zorgorganisaties, en van adequate verantwoording aan en beïnvloeding door belanghebbenden van de wijze waarop de zorgorganisatie haar doelen realiseert en kwalitatief verantwoorde en doelmatige zorg levert.’* (Health care governance 1999:20).

Tot het begrip belanghebbenden behoren ondermeer patiënten, medewerkers, bestuurders, toezichthouders, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en de overheden.

Vanuit deze definitie is aanvulling op de uitwerking daarvan in de praktijk gewenst. Mede als gevolg daarvan heeft de commissie health care governance aanbevelingen gepubliceerd. Deze worden in paragraaf 2.4 gepresenteerd.

Deloitte heeft in een onderzoek naar governance eveneens een definitie van 'good governance' geformuleerd. Good governance betreft het harmonieuze samenspel van sturen, beheersen, toezicht houden en verantwoorden (Deloitte 2005). Daarbij zijn de elementen toezicht en verantwoording in het bijzonder gericht op de externe stakeholders en zijn de elementen sturen en beheersen op interne gericht.

### *2.3.1 De zorgbrede governance code*

In 2005 hebben de brancheverenigingen in de zorg als reactie op de health care governance aanbevelingen in 1999 een zorgbrede governance code gepubliceerd. Deze code is een verdieping op de vrij globale aanbevelingen in de health care governance code waar een aantal normen in zijn geconcretiseerd (brancheorganisaties zorg 2005: inleiding). Deze code is vanaf 1 januari 2006 van kracht. Zorginstellingen in Nederland hebben grotendeels health care governance principes ingevoerd op basis van de aanbevelingen in de zorgbrede governance code.

## **2.4 Enkele belangrijke en relevante aanbevelingen door de commissie health care governance**

In haar rapport heeft de commissie health care governance dertig aanbevelingen gepubliceerd. Deze zijn te verdelen in aanbevelingen over bestuur en intern toezicht, aanbevelingen over het extern bestuurlijk en toezichthoudend kader en aanbevelingen over de verantwoording. Alle aanbevelingen zijn in bijlage 1 van dit onderzoek gepresenteerd. Op basis van deze aanbevelingen worden in dit onderzoek de algemene Nederlandse ziekenhuizen onderzocht en geanalyseerd. Indien deze in een zorgorganisatie worden geïmplementeerd, gehandhaafd en indien noodzakelijk verbeterd, impliceert dit dat de organisatie op een toereikende wijze aandacht besteedt aan health care governance. In deze paragraaf worden een aantal aanbevelingen gepresenteerd die relevant zijn betreffende de onderzoeksvraag in dit onderzoek. Een aanbeveling is relevant indien deze kan worden toegepast bij het onderzoek gericht op de mate van health care governance in algemene Nederlandse ziekenhuizen. Indien dit inzichtelijk kan worden gemaakt, kan worden vastgesteld of de mate van health care governance in deze ziekenhuizen een relatie heeft met de financiële positie van de instelling. In het bijzonder de aanbevelingen over het bestuur en het intern toezicht en de aanbevelingen gericht op de verantwoording zijn relevant. Dit is het gevolg van het feit dat de aanbevelingen betreffende het extern bestuurlijk en toezichthoudend kader in het bijzonder invloed hebben op de relatie tussen de overheid en de zorginstelling. Deze relatie wordt in dit onderzoek niet belicht.



Gericht op het selecteren van de relevante aanbevelingen wordt in het bijzonder in deze beschouwing betrokken in welke mate deze, gericht op algemene Nederlandse ziekenhuizen, onderzocht kunnen worden. Van de aanbevelingen die geselecteerd zijn, kan de naleving in de jaarverslaglegging of op basis van semi-gestructureerde interviews worden vastgesteld. Daarbij dient echter rekening te worden gehouden met de kennis van de respondent binnen de zorginstelling. Betreffende een aantal aanbevelingen is in dit onderzoek niet tot nauwelijks vast te stellen of een instelling deze naleeft. Dit heeft tot gevolg dat dienaangaande de mate van health care governance niet is vast te stellen. Voor dit onderzoek is deze vaststelling noodzakelijk teneinde conclusies te presenteren. Als gevolg daarvan zijn de aanbevelingen waarbij dit niet tot nauwelijks mogelijk is als niet relevant gekwalificeerd en als gevolg daarvan niet in dit onderzoek betrokken. Aan het einde van deze paragraaf, tabel 1, wordt dit nader toegelicht.

Aanbevelingen over bestuur en intern toezicht:

*Aanbeveling 1:* De raad van bestuur bestuurt en de raad van toezicht houdt integraal toezicht op het beleid van het bestuur en op de algemene gang van zaken binnen de zorgorganisatie. De raad van toezicht staat de raad van bestuur met advies terzijde.

*Aanbeveling 2:* De raad van bestuur houdt bij zijn beleidsvorming oog op het organisatiebelang in relatie tot de maatschappelijke functie van de zorgorganisatie en maakt een evenwichtige afweging van de belangen van allen die bij de zorgorganisatie betrokken zijn. De raad van toezicht toetst of de raad van bestuur deze afweging zorgvuldig heeft gemaakt. De raad expliciteert de ijkpunten waarop hij toetst hoe de zorgorganisatie bestuurd wordt.

*Aanbeveling 3:* Binnen de huidige wetgeving moet het raad-van-toezichtmodel zo geïnterpreteerd worden, dat de raad van bestuur de instelling bestuurt. De uitoefening van de bestuurstaak wordt ingeperkt door bevoegdheden van de raad van toezicht, genoemd in de statuten. De bevoegdheden van de raad van toezicht moeten daartoe limitatief in de statuten opgenomen worden. Deze bevoegdheden zijn:

- het zorgdragen voor een goed functionerend bestuur (door benoeming, beoordeling en ontslag van de leden van de raad van bestuur);
- het zorgdragen voor een goed functionerend intern toezicht (door benoeming, beoordeling en ontslag van (leden van) de raad van toezicht);
- het functioneren als adviseur en klankbord voor de raad van bestuur;
- het houden van integraal toezicht op het beleid van het bestuur en de algemene gang van zaken in de instelling;

- het goedkeuren van strategische beslissingen van de raad van bestuur.

*Aanbeveling 4:* Als de raad van bestuur uit meerdere personen bestaat, wordt de verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden vastgelegd in een bestuursreglement. Een van de leden wordt benoemd als voorzitter. De voorzitter is intern en extern aanspreekbaar op het totale beleid van de organisatie.

*Aanbeveling 5:* Bestuurders betrachten openheid over hun verschillende functies in relatie tot de verschillende activiteiten van de zorgorganisatie. Elke schijn van belangenverstrengeling tussen de zorginstelling en de bestuurders dient te worden vermeden. Bestuurders vermelden hun functies binnen de zorgorganisatie en, voor zover van belang, hun eventuele nevenfuncties in het jaarverslag. De totaalsom van de bezoldiging van de bestuurders wordt vermeld in de jaarrekening, tenzij er slechts één bestuurder is. Dan is een dergelijke vermelding vanuit overwegingen van privacy niet voorgeschreven.

*Aanbeveling 6:* De raad van bestuur staat regelmatig stil bij zijn eigen functioneren en bij de onderlinge verhoudingen, en stelt zijn werkwijze op grond daarvan zo nodig bij. De raad van bestuur informeert de raad van toezicht op hoofdlijnen over dit proces. De raad van toezicht bespreekt ten minste eenmaal per jaar het functioneren van de raad van bestuur buiten diens aanwezigheid. Hij vormt zich een oordeel over het functioneren en bespreekt dit met de raad van bestuur.

*Aanbeveling 7:* De raad van toezicht maakt een profielschets van de raad, gaat periodiek na of deze nog voldoet en stelt deze zonedig bij. De profielschets is openbaar. Ook de samenstelling van de raad van toezicht op enig moment is openbaar. Van de zittende leden is bekend: leeftijd, beroep, nevenfuncties die relevant zijn voor de vervulling van de taak als toezichthouder, eerste benoeming en de lopende termijn waarvoor benoemd is.

*Aanbeveling 8:* Afspraken over de werkverdeling en werkwijze van de raad van toezicht, in het bijzonder over de functie en positie van de voorzitter, de omgang met de raad van bestuur en de informatievoorziening worden vastgelegd in een reglement. Dit reglement is openbaar.

*Aanbeveling 9:* Toezichthouders worden voor bepaalde tijd benoemd. De raad van toezicht stelt een rooster van aftreden vast om te voorkomen dat veel herbenoemingen in één keer aan de orde komen en de continuïteit geschaad wordt.

*Aanbeveling 16:* Het is niet gewenst dat leden van de raad van toezicht op voordracht worden benoemd. Waar dat wettelijk vereist is of in de statuten is opgenomen, geldt in ieder geval dat een lid van de raad van toezicht die op voordracht is benoemd, zijn functie vervult zonder last en ruggespraak van degene door wie hij is voorgedragen en zonder diens deelbelang te laten prevaleren.

*Aanbeveling 17:* In de raad van toezicht dient in de regel geen voormalig bestuurder van de eigen zorgorganisatie of van aan haar verbonden organisaties zitting te hebben.

*Aanbeveling 18:* Het vervullen van bestuurstaken door een gedelegeerd toezichthouder is in de regel ongewenst. Bij ontstentenis van de raad van bestuur moet bij voorkeur op andere wijze in het bestuur worden voorzien.

*Aanbeveling 20:* De honorering van de toezichthouders wordt vermeld in de jaarrekening.

#### Aanbevelingen over verantwoording

*Aanbeveling 25:* De raad van bestuur draagt er zorg voor dat de activiteiten van de zorgorganisatie met verschillende doelen en verschillende financiering, bestuurlijk, juridisch, organisatorisch en financieel goed geregeld zijn, inzichtelijk zijn en verantwoord kunnen worden. De raad van bestuur legt hierover verantwoording af aan de raad van toezicht.

*Aanbeveling 26:* De raad van bestuur rapporteert regelmatig aan de raad van toezicht over:

- de realisering van de maatschappelijke functie, de strategie inclusief de daaraan verbonden risico's en de mechanismen tot beheersing ervan, de kwaliteit van de zorg en de omgang met ethische vraagstukken;
- zijn beoordeling van de interne beheersystemen, waaronder de bestuurlijke informatievoorziening, in relatie tot de doelstellingen van de zorgorganisatie.

De hoofdzaken van deze rapportage en de bespreking ervan worden opgenomen in het jaarverslag.

*Aanbeveling 27:* De raad van toezicht bespreekt de jaarstukken, het accountantsverslag en de 'management letter' met de raad van bestuur in aanwezigheid van de accountant.

*Aanbeveling 28:* De raad van bestuur biedt openheid over het beleid, de zorgverlening en de prestaties van de zorgorganisatie. De raad van bestuur legt ten aanzien van diegenen die het aangaat verantwoording af, stelt zijn handelen ter discussie en staat open voor de

opvattingen van verschillende betrokken belanghebbenden. Informatieverstrekking, verantwoording en beleidsbeïnvloeding worden door de raad van bestuur actief bevorderd.

*Aanbeveling 29:* De raad van bestuur bevordert dat hulpverleners niet alleen intern maar ook extern verantwoording (aan cliënten en beroepsgenoten) afleggen over hun handelen

*Aanbeveling 30:* De raad van toezicht legt extern verantwoording af over zijn handelen door verslag te doen van zijn werkzaamheden in het jaarverslag. Hij verschaft daarbij inzicht op welke wijze de zorgorganisatie health care governance vorm geeft.

(Health care governance 1999:43-62).

Omdat de geselecteerde aanbevelingen in de semi-gestructureerde interviews worden betrokken, worden deze in hoofdstuk 4, methodologie, nogmaals beknopt gepresenteerd. Het volgende schema (tabel1) bevat de aanbevelingen die voor dit onderzoek als niet relevant zijn gekwalificeerd. Daarbij is voorts beknopt toegelicht op basis waarvan deze selectie is toegepast.

Tabel 1:

Aanbeveling	Gericht op*	Wat houdt de aanbeveling kort in	Kan niet nagegaan worden omdat;
10	1	betreft het eventuele herbenoemen van een toezichthouder waarbij diens functioneren over de afgelopen jaren wordt beoordeelt.	de RvT gaat over de herbenoeming en de RvT wordt in dit onderzoek niet gesproken
11	1	de RvT bespreekt zijn eigen functioneren buiten de RvB om.	zie aanbeveling 10
12	1	gaat over het tussentijds aftreden van een toezichthouder wegens disfunctioneren	zie aanbeveling 10
13	1	een lid van de RvT dient op geen enkele wijze belangen te hebben bij de zorgorganisatie waarop hij toezicht houdt	binnen dit onderzoek kunnen niet alle belangen van alle RvT leden worden nagegaan
14	1	de leden van de RvT dienen ten opzichte van elkaar en ten opzichte van de RvB onafhankelijk en kritisch te opereren	dit heeft te maken met de samenstelling van de RvT en kan alleen bij de RvT worden nagegaan
15	1	wanneer een toezichthouder voorziet dat een tegenstrijdig belang voor zichzelf of een ander lid kan gaan optreden meldt hij dit aan de voorzitter. Deze toezichthouder dient dan dit belang op te geven of direct af te treden	zie aanbeveling 13
19	1	de RvT moet in staat zijn het beleid van de organisatie en het functioneren van de RvB te toetsen. Leden van de RvT moeten zich in de organisatie verdiepen en maatschappelijk actief zijn	binnen dit onderzoek kan het functioneren van de RvT niet onderzocht worden ook kan hun actieve maatschappelijke participatie niet worden nagegaan
21	2	de overheid moet zorgdragen voor een regeling waarin de positie van de RvT bij stichtingen wettelijk verankerd wordt	heeft invloed op een actie van de overheid en niet op een actie van een zorgorganisatie
22	2	de overheid moet zorgdragen voor een regeling voor het geval de RvT zodanig tekortschiet dat de maatschappelijke functie van de organisatie in gevaar komt	zie aanbeveling 21
23	2	het toezicht op de zorgorganisaties moet vereenvoudigd worden waarbij het aantal toezichthoudende organen gereduceerd wordt	zie aanbeveling 21
24	2	het externe toezicht en het interne toezicht dienen complementair te zijn	een uitgebreide vergelijking op witte vlekken of doublures van beide is uitgesloten bij deze studie

\* 1: Bestuur en intern toezicht, 2: Extern bestuurlijk en toezichhoudend kader

Op basis van de inhoud van het vorenstaande is vast te stellen wat de inhoud is van het begrip health care governance en op welke wijze dit betreffende algemene Nederlandse ziekenhuizen onderzocht kan worden. De vragenlijsten voor de semi-gestructureerde interviews in zorginstellingen zijn op basis van de geselecteerde aanbevelingen vormgegeven.

## **2.5 Conclusie**

De conclusie van dit hoofdstuk bestaat uit de beantwoording van de deelvragen 1 en 2.

### *1. Wat is de inhoud van het begrip health care governance?*

De definitie van health care governance:

‘Een stelsel van spelregels en omgangsvormen voor goed bestuur van en goed toezicht op zorgorganisaties, en van adequate verantwoording aan en beïnvloeding door belanghebbenden van de wijze waarop de zorgorganisatie haar doelen realiseert en kwalitatief verantwoorde en doelmatige zorg levert.’ (Health care governance 1999:20).

Governance is eveneens te formuleren als ‘het harmonieuze samenspel van sturen, beheersen, toezicht houden en verantwoorden’ (Deloitte 2005)

### *2. Welke elementen zijn relevant teneinde de mate van health care governance binnen algemene Nederlandse ziekenhuizen vast te stellen?*

De commissie health care governance heeft een aantal aanbevelingen vormgegeven die in deze studie worden toegepast teneinde de mate van health care governance vast te stellen. De aanbevelingen 1-9, 16-18, 20 en 25-30 worden toegepast teneinde de vragenlijsten voor de semi-gestructureerde interviews in de zorginstellingen vorm te geven. Mede op basis daarvan wordt vastgesteld of de geselecteerde instellingen deze aanbevelingen in de organisatie toepassen.

Na beantwoording van de deelvragen 1 en 2 wordt in het volgende hoofdstuk de financiële positie van algemene Nederlandse ziekenhuizen toegelicht. Indien de financiële positie en de mate van health care governance beide zijn vast te stellen, is het mogelijk de relatie tussen beide elementen te onderzoeken.

## **Hoofdstuk 3 – De financiële positie van algemene Nederlandse ziekenhuizen en de relatie met health care governance**

Dit hoofdstuk is gericht op de financiële positie van zorginstellingen. Wat zijn belangrijke gegevens betreffende de financiële positie van algemene Nederlandse ziekenhuizen en op welke wijze is de financiële positie vast te stellen? Vervolgens wordt in dit hoofdstuk, op basis van een theoretisch perspectief, de relatie onderzocht tussen financial performance en health care governance. Doelstelling daarvan is de relatie tussen hoofdstuk 2 en 3 duidelijk vorm te geven en de bevindingen dienaangaande als input toe te passen voor de semi-structureerde interviews gericht op de geselecteerde zorginstellingen. Aan het einde van dit hoofdstuk worden de deelvragen 3 en 4 beantwoord.

### ***3.1 Grotere financiële verantwoordelijkheid***

In de Nederlandse gezondheidszorg is sprake van grotere marktwerking als gevolg waarvan de financiële verantwoordelijkheid van zorgaanbieders groter wordt (Westert en Verkleij 2006). Tot 2005 waren zorginstellingen op basis van de tot dan toegepaste budgetsystematiek zeker van hun inkomsten. Sindsdien worden stapsgewijs maatregelen genomen de financiële verantwoordelijkheid van zorginstellingen te vergroten. De budgetsystematiek kent weinig prikkels voor kwaliteitsverbetering, innovatie en doelmatigheid. Bovendien bestaan als gevolg van bepaalde onderdelen in die systematiek, zoals het bouwregime, aanzienlijke beperkingen voor de investeringsmogelijkheden van ziekenhuizen. De bekostiging van ziekenhuizen dient volledig te worden gewijzigd. (ministerie VWS 2007). Voorts volgen een aantal maatregelen die het ministerie beoogt toe te passen teneinde de bekostiging van de ziekenhuiszorg te wijzigen.

Een marktconforme bekostiging wordt ingevoerd. De zorginstellingen zijn in de toekomst niet langer verzekerd van inkomsten maar dienen de inkomsten te verdienen. Voor ziekenhuizen betreft deze prestatiebekostiging met ingang van 1 januari 2008 20% van het totale zorgaanbod. In de komende jaren wordt stapsgewijs voor een groter deel van het zorgaanbod deze prestatiebekostiging ingevoerd. Als gevolg daarvan worden de inkomsten voor de ziekenhuizen onzekerder. De lumpsum voor medisch specialisten zal eveneens vervallen en worden vervangen door prestatiebekostiging. De medisch specialisten worden in die situatie betaald op basis van een overeengekomen uurtarief (min VWS; dossier DBC 2008a).

Een andere maatregel die wordt ingevoerd is zorgaanbieders de vrijheid geven zelfstandig te beslissen over investeringen. Het management van een ziekenhuis dient in de nabije

toekomst zelf te beslissen of een investering noodzakelijk en rendabel is. Dit heeft echter tot gevolg dat dienaangaande ontstane lasten, door het ziekenhuis zelf dienen te worden terugverdiend door middel van het verrichten van productie. Eveneens zal de overheid minder steun verlenen aan ziekenhuizen die in financiële problemen verkeren. De overheid blijft verantwoordelijk voor de continuïteit van de zorg maar indien een ziekenhuis failliet gaat, kunnen de patiënten door andere zorgaanbieders worden overgenomen. De overheid zal uitsluitend ingrijpen indien de continuïteit van de zorgverlening wordt bedreigd (Hoogervorst 2004).

Een aantal van de voorgestelde maatregelen worden geregeld via de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). Deze kaderwet heeft als doel het geleidelijk creëren van meer vrijheid en verantwoordelijkheid voor zorginstellingen. Dit dient ondermeer te worden gerealiseerd door een afname van de overheidsbemoediging gericht op de capaciteit en de bouw van zorginstellingen. De afschaffing van het bouwregime wordt vormgegeven via de WTZi en per 1 januari 2008 is in deze wet geregeld dat het management van ziekenhuizen investeringsbeslissingen uitvoeren voor eigen rekening en risico. Vanaf 2009 is sprake van integrale prijzen en tarieven inclusief de kapitaallastenvergoeding. In de WTZi is eveneens de mogelijkheid gecreëerd zorginstellingen in de toekomst toe te staan winst uit te keren. (min VWS; dossier WTZi 2008b)

Als gevolg van de grotere financiële verantwoordelijkheid van zorginstellingen dienen deze instellingen zich daar zelfstandig op voor te bereiden. Hoogervorst (2004) communiceert in een toespraak het op orde zijn van de interne sturing en beheersing. Een goede administratie, registratie en declaratie zijn noodzakelijk en voorts zullen als gevolg daarvan aan de competenties van het management nieuwe eisen worden gesteld. Voor de instellingen op de zorgmarkt wordt als gevolg van deze maatregelen het bedrijfsrisico groter. Mede als gevolg daarvan zal door de financiers een grotere financiële weerbaarheid worden geëist. Daardoor dienen zorginstellingen, als gevolg van deze wijzigingen, in de nabije toekomst over een voldoende financieel weerstandsvermogen te beschikken.

### ***3.2 Het vaststellen van de financiële positie van algemene Nederlandse ziekenhuizen***

Gericht op dit onderzoek is het relevant een eenduidige, consistente manier toe te passen op basis waarvan de financiële gegevens van de algemene Nederlandse ziekenhuizen worden geanalyseerd. Als gevolg daarvan zijn de gegevens van deze ziekenhuizen met elkaar vergelijkbaar. De financiële gegevens worden ontleend aan de jaarrekeningen 2005, 2006 en 2007. Door het analyseren van drie jaren worden sterk afwijkende jaren afgezwakt zodat een evenwichtig beeld verkregen wordt. Daarbij worden enkele ratio's toegepast teneinde een

overzichtelijke analyse te kunnen uitvoeren. De toe te passen ratio's en aanvullende elementen worden in deze paragraaf toegelicht.

Meerdere methoden bestaan teneinde de financiële positie vast te stellen. In dit onderzoek is gekozen gebruik te maken van de volgende elementen:

De solvabiliteit, liquiditeit en rentabiliteit (Westert en Verkleij 2006). Voorts worden de baten per fte, het bedrijfsresultaat en de baten per bed geanalyseerd. Eveneens wordt geanalyseerd of de participatiegraad in het Waarborgfonds voor de Zorgsector van invloed is op het beoordelen van de financiële positie van zorginstellingen.

### *3.2.1 Solvabiliteit*

Solvabiliteit of financieel weerstandsvermogen van een organisatie betreft de mogelijkheid op langere termijn voldoende middelen te verkrijgen teneinde aan de langlopende betalingsverplichtingen te kunnen voldoen (Lapré, van Montfort 2001:208). De ratio van de solvabiliteit is te berekenen door het vaststellen van de verhouding tussen het eigen vermogen en het vreemd vermogen. De solvabiliteit is beter indien de relatieve omvang van het eigen vermogen groter is. Anders geformuleerd indien de uitkomst van de ratio een hoger percentage betreft.

### *3.2.2 Liquiditeit*

De liquiditeit betreft de mate waarin de onderneming in staat is aan haar lopende betalingsverplichtingen te voldoen (Koetzier en Epe 2003:25). Indien de liquiditeit wordt berekend op basis van de externe verslaglegging is sprake van de statistische liquiditeit. Deze is ondermeer vast te stellen door de verhouding tussen de vlottende activa en de kortlopende schulden. Dit kengetal betreft de current ratio (ibid:25). Indien dit kengetal groter is dan 1, impliceert dit dat de organisatie redelijkerwijs in staat dient te zijn in de komende periode aan haar betalingsverplichtingen te kunnen voldoen. Indien de uitkomst lager is dan 1 is noodzakelijk vast te stellen of liquiditeitsproblemen dreigen (Lapré, van Montfort 2001:207). Meerdere ratio's betreffende de liquiditeit van een onderneming kunnen worden toegepast. Voorbeelden daarvan zijn de quick ratio, de acid test ratio of de gemiddelde betalingstermijn (Zelman 1998:89-94). In dit onderzoek wordt uitsluitend gebruik gemaakt van de current ratio. Dit omdat de statistische liquiditeit berekend dient te worden vanuit de jaarverslagleggingen.

### *3.2.3 Rentabiliteit*

De rentabiliteit is de indicator voor de winstgevendheid van een instelling (Westert en Verkleij 2006). Deze indicator is te berekenen door het resultaat te relateren aan het vermogen



waarmee dit resultaat is gerealiseerd (Koetzier en Epe 2003:23). De rentabiliteit van een onderneming is beter naar mate de uitkomst van de ratio een hoger percentage betreft. Teneinde de rentabiliteit te berekenen, zijn de volgende ratio's toepasbaar (ibid:23-24):

- rentabiliteit van het totale vermogen (RTV).

Dit is de totale vermogensopbrengst (TVO), het bedrijfsresultaat voor aftrek van interest en voor aftrek van belasting, uitgedrukt in een percentage van het gemiddeld totaal geïnvesteerde vermogen (TV) gedurende het boekjaar.

- Rentabiliteit van het eigen vermogen (REV).

Daarbij wordt de nettowinst (NW), bedrijfsresultaat na aftrek van belasting, uitgedrukt in een percentage van het gemiddelde geïnvesteerde eigen vermogen (EV) gedurende het boekjaar.

- Rentabiliteit van het vreemd vermogen (RVV).

Deze ratio wordt berekend door de rentelasten uit te drukken in een percentage van het gemiddeld geïnvesteerde vreemd vermogen (VV) gedurende het boekjaar.

Teneinde de financiële positie van een instelling te bepalen, is in de zorg de rentabiliteit nog niet een belangrijk kengetal. Omdat aandeelhouders wensen te weten wat ze hebben verdiend, is dit kengetal in de particuliere sector wel essentieel. Omdat de rentabiliteit nog niet een groot belang heeft wordt in dit onderzoek uitsluitend de RTV toegepast en worden de REV en de RVV niet in dit onderzoek betrokken.

De ratio's die betreffende dit onderzoek worden toegepast zijn, in formulevorm, als volgt:

Solvabiliteit:  $(EV/TV) \times 100\%$

Liquiditeit: vlottende activa/kortlopende schulden

RTV:  $(TVO/\text{gem TV}) \times 100\%$

### 3.2.4 Baten per fte, bedrijfsresultaat en baten per bed

In een dienstverlenende sector is de omzet per medewerker een indicator voor de winstgevendheid en de efficiëntie van de organisatie (PwC 2007). Naarmate de instelling met minder fte's dezelfde omzet maakt, is deze over het algemeen efficiënter. Voor de berekening van de baten per fte zijn de totale baten van de instelling gedeeld door het aantal fte's in het betreffende jaar. Voor de jaren 2005 en 2006 zijn de gegevens afkomstig uit een studie van PricewaterhouseCoopers (2007). De gegevens uit 2007 zijn afkomstig uit de jaarverslagleggingen 2007 van de ziekenhuizen.

Het bedrijfsresultaat bestaat uit de totale baten minus de totale kosten van de organisatie. Hierbij is het bedrijfsresultaat berekend voor aftrek van de overige baten en/of lasten.

Als laatste wordt gekeken naar de jaarlijkse baten per bed. Aangezien de beddenaantallen van de geselecteerde bedden niet gelijk zijn aan elkaar is dit van invloed op de baten van de

instelling. De baten per bed zijn een goede indicator op grond waarvan de instellingen met elkaar vergeleken kunnen worden. Hiervoor zijn de gegevens met betrekking tot de beddenaantallen per jaar onttrokken vanaf ziekenhuizentransparant.nl (2008) of direct uit de jaarverslagleggingen. Vervolgens zijn de totale baten per jaar gedeeld door dit beddenaantal.

### *3.2.5 Participatiegraad in het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ)*

Het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ) is een onafhankelijk instituut dat zorginstellingen de mogelijkheid biedt leningen af te sluiten op basis van voordelige condities. Het WfZ doet dit door geldgevers de betaling van rente en aflossing te garanderen (WfZ 2008). De oprichting van het WfZ had twee belangrijke drijfveren. Het op langere termijn veiligstellen van de financierbaarheid van de sector en het reduceren van de rentelasten, doordat op basis van een staatsgarantie de lening goedkoper kon worden (Elsinga & van der Meer, 1998:70-71). Deze staatsachtervang is een belangrijk element van het WfZ. Het WfZ mag daar echter pas een beroep op doen nadat de zorgsector zelf de eerste tekorten heeft opgevangen. Indien een instelling participeert in het WfZ dient deze een bijdrage te leveren waarmee tekorten kunnen worden gefinancierd. Als gevolg daarvan berust het fonds op solidariteit tussen de deelnemende instellingen (ibid: 71).

Instellingen die door WfZ-borging van rentevoordeel willen profiteren, dienen eerst als deelnemer bij het WfZ te worden ingeschreven (WfZ, 2008). Betreffende de beoordeling of deelname is toegestaan, stelt het WfZ niet uitsluitend eisen aan financiële kengetallen, maar beoordeelt eveneens de kwaliteit van het management, het hebben van een strategische visie en het aanwezig zijn van een bruikbaar ondernemersplan (Westert en Verkleij 2006). Omdat in dit onderzoek eveneens het bestuur, het toezicht en de verantwoording van ziekenhuizen wordt onderzocht is dit een goede indicator op basis waarvan de te onderzoeken ziekenhuizen kunnen worden geanalyseerd.

In deze paragraaf zijn de begrippen toegelicht op basis waarvan de financiële positie van de geselecteerde algemene Nederlandse ziekenhuizen worden geanalyseerd. Op basis van het voorgaande is toegelicht op welke wijze de mate van health care governance en de financiële positie vastgesteld kan worden. Op basis daarvan is relevant vast te stellen op welke wijze een relatie tussen beide begrippen bestaat. Dit wordt in de volgende paragraaf toegelicht.

## **3.3 Health care governance en de financiële prestaties**

De mogelijke relatie tussen de financiële positie en health care governance van een zorgorganisatie wordt hierna toegelicht. Dit wordt vormgegeven op basis van de relatie van

de Raad van Bestuur met de financiële sturing en vervolgens wordt aandacht besteed aan de kredietbeoordeling door financiële dienstverleners.

Alvorens daar inhoud aan te geven is het relevant de inhoud van het begrip financiële prestaties toe te lichten. In de vorige paragraaf is toegelicht dat in dit onderzoek de financiële positie wordt vastgesteld op basis van een aantal elementen. Echter de inhoud van het begrip financiële prestaties is breder. Jaarrekeningposten zoals de opbrengsten uit de exploitatie, operationele baten, cashflow uit activiteiten en de totale verkoop zijn eveneens relevant betreffende de financiële prestaties van een organisatie (investopedia.com 2008).

### *3.3.1 Financiële sturing en de Raad van Bestuur*

Zoals in hoofdstuk 2 is gebleken betreft health care governance verschillende facetten in een zorgorganisatie. In aanbeveling 25 is vastgelegd dat de Raad van Bestuur (RvB) dient te realiseren dat de activiteiten bestuurlijk, financieel, juridisch en organisatorisch goed zijn geregeld (Health care governance 1999:59). Dit onderzoek richt zich in het bijzonder op de invloed van de RvB op de financiën en vervolgens op het toezicht dienaangaande door de Raad van Toezicht. Door het toepassen van health care governance wordt de transparantie en de verantwoording door de RvB betreffende de beslissingen bevorderd. Omdat de beslissingen kunnen worden gecontroleerd, worden naar verwachting als gevolg daarvan door de RvB minder niet legitieme of onjuiste beslissingen genomen.

In de toekomst dient de RvB meer investeringsbeslissingen uit te voeren. Meer verantwoordelijkheid in de beslissingen impliceert meer vrijheid en kansen maar eveneens meer risico's (Griffioen, 2008). Deze beslissingen hebben een directe invloed op de financiën van de organisatie. Door de grotere vrijheid in de investeringsbeslissingen krijgt de Raad van Bestuur meer invloed op de financiële sturing van de organisatie.

In een onderzoek van Gupta Strategists (2007) zijn een aantal bestuurlijke facetten onderzocht die van invloed zijn op de prestaties van ziekenhuizen. Op basis daarvan is gebleken dat de samenstelling, de wisseling en de beloning van ziekenhuisbestuurders van invloed is op de prestaties van de instelling. In de aanbevelingen van health care governance betreffende het bestuur en het intern toezicht is een relatie met deze aspecten vormgegeven. Op basis daarvan is betreffende deze aanbevelingen, welke het bestuur van de instelling (de samenstelling, de wisseling en de beloning) betreffen, vast te stellen dat een relatie zal bestaan met de financiële prestaties van de instelling.

### *3.3.2 Aspecten van kredietbeoordeling*

Voordat financiële dienstverleners krediet verstrekken beoordelen ze de aanvragende organisatie. Dit is noodzakelijk omdat de financiële dienstverlener vooraf de grootst mogelijke zekerheid wenst te hebben. Daarbij is van belang of het verstrekte krediet kan

worden terugbetaald, of de renteverplichtingen kunnen worden voldaan en of indien onverhoopt betalingsproblemen ontstaan de kredietverstrekker middels zekerheden toch zijn vorderingen kan incasseren. Voor een bank is het risico van oninbaarheid van het verstrekte krediet reëel. Banken hanteren, mede door stimulering van de Nederlandsche bank, risk rating modellen zodat de risico's beter beheersbaar zijn (Lamsberg 2007:16).

De volgende tabel (tabel 2) bevat een voorbeeld van een risk rating model.

Tabel 2:

Risk rating model										
Krediet technische criteria	Zeer slecht (1)	Slecht (2)	Zeer zwak (3)	Zwak (4)	Matig (5)	Voldoende (6)	Goed (7)	Zeer goed (8)	Uitstekend (9)	Totaal
<b>bedrijfsanalyse</b> <i>management</i> <i>Markt</i>										
<b>Financiële analyse</b> <i>financiële positie</i> <i>rentabiliteit</i> <i>cash flow</i> <i>Efficiency</i>										
<b>Kredietanalyse</b> <i>Zekerheid</i>										
<b>Eindoordeel</b>										

Bron: Vos, P 2005:65

De krediettechnische beoordeling van zorginstellingen is betreffende verschillende onderdelen sterk afwijkend van de gangbare beoordelingen in de private sector (Elsinga & van der Meer 1998:73). Een belangrijke reden daarvoor is dat de zorgsector opereert in een markt die (nog) sterk gereguleerd wordt door de overheid. De banken beoordelen de zorginstellingen op financiële ratio's. Deze zijn doorgaans slechter dan in de private sector. Omdat veel zorgorganisaties nog gefinancierd worden met overheidsgelden hebben de banken toch zekerheid dat de kredietfaciliteit wordt terugbetaald. Indien de zorgorganisaties zelf verantwoordelijk worden voor de financiën, zal deze visie van de financiers veranderen. In de nieuwe zorgmarkt wordt het volumerisico en het prijsrisico voor zorgorganisaties groter en als gevolg daarvan worden eveneens voor de financiële dienstverlener de risico's groter (van Balen, 2007).

In het risk rating model van P. Vos (2005) (bovenstaande tabel) blijkt dat banken naast het verzamelen van financiële gegevens eveneens een bedrijfsanalyse verrichten. Mede op basis daarvan is vast te stellen of het management volgens de banken invloed heeft op het risico van de bank betreffende het verstrekken van een krediet. Op basis daarvan is te beargumenteren dat het management, het bestuur, invloed uitoefent op de financiële positie van de instelling. Indien banken een bedrijfsanalyse uitvoeren worden eveneens de bedrijfsactiviteiten, de rechtsvorm(en) en het historisch perspectief in deze analyse betrokken. Vervolgens wordt het management geanalyseerd. De financiële dienstverlener is

geïnteresseerd in wie de bestuurders zijn en wat de kwaliteit is van het management (Lamsberg 2007:16).

De beoordeling van het management wordt niet uitsluitend in de zorg toegepast maar eveneens in de particuliere sector. Echter veranderingen in de zorgsector zoals meer ondernemerschap, de complexiteit in de zorgorganisatie met professionals en de voortdurend veranderende context leiden tot de situatie dat betreffende de financiële prestaties het management van de zorgorganisatie een bijzonder attentiepunt wordt (Elsinga & van der Meer 1998:75-76). Voor derden is het moeilijk de kwaliteit van het management te beoordelen. Financiële dienstverleners analyseren ondermeer de aanwezigheid en de kwaliteit van de strategische beleidsplannen, de huisvestingsplannen, de resultaatontwikkeling en de tijdigheid van rapportages, ondermeer de begroting, kwartaalcijfers en de nacalculatie (ibid: 76). Eveneens is gebleken dat de ervaring van het management relevant is. In de zorg kan mismanagement snel tot liquiditeitsproblemen leiden. Zorginstellingen hebben doorgaans een laag weerstandsvermogen als gevolg waarvan snel financieringstekorten kunnen ontstaan na foutieve beslissingen van de bestuurders.

Op basis van het vorenstaande is te concluderen dat het bestuur invloed kan uitoefenen op de financiële situatie van een zorginstelling. Health care governance bevat aanbevelingen voor goed bestuur, toezicht en verantwoording. Dit beïnvloedt naar verwachting de kwaliteit van het bestuur evenals de financiële positie van de instelling. Echter de relatie tussen het functioneren van de Raad van Toezicht en de financiële prestaties van een instelling is op basis van deze theoretische aspecten niet te bepalen.

Teneinde de relatie tussen de financiële positie en health care governance toe te lichten volgt hierna de conclusie.

### **3.4 Conclusie**

In dit hoofdstuk zijn de belangrijke begrippen en elementen gericht op het kwantitatieve deel van dit onderzoek vormgegeven. In deze conclusie worden de deelvragen 3 en 4 beantwoord.

#### *3. Wat zijn relevante parameters op basis waarvan de financiële positie van algemene Nederlandse ziekenhuizen dient te worden beoordeeld?*

De relevante parameters op basis waarvan de financiële positie kan worden beoordeeld zijn de liquiditeit, de solvabiliteit en de rentabiliteit. De liquiditeit betreft de mate waarin het ziekenhuis in staat is aan de korte termijn verplichtingen te voldoen. De solvabiliteit betreft

het weerstandsvermogen van de organisatie. De rentabiliteit betreft het netto inkomen dat met het totale gemiddelde geïnvesteerde vermogen in een verslagjaar is gerealiseerd. Voorts zijn eveneens de baten per fte, het bedrijfsresultaat en de baten per bed van belang. Deze parameters worden toegepast betreffende de jaren 2005, 2006 en 2007. Als gevolg daarvan worden eventuele afwijkende jaren afgevlakt en kan een goed evenwichtig beeld worden gecreëerd van de financiële situatie in de geselecteerde instellingen. Daarnaast wordt vastgesteld of een participatiegraad in het Waarborgfonds Zorgsector (WfZ) invloed heeft op de financiële positie. Het WfZ beoordeelt zelf de instellingen die communiceren deel te willen nemen in het fonds als gevolg waarvan ze dienen te voldoen aan een aantal vooraf vastgestelde eisen.

*4. Op basis waarvan kan onderbouwd worden dat een mogelijke relatie bestaat tussen health care governance en de financial performance?*

Health care governance betreft goed bestuur, toezicht en verantwoording. Als gevolg van de veranderende wet- en regelgeving krijgt het bestuur van een ziekenhuis steeds meer invloed op de financiën van de organisatie. Indirect kan health care governance daar invloed op uitoefenen. Voorts is het bij de kredietbeoordeling door een financiële dienstverlener gebruikelijk eveneens het management van de organisatie te beoordelen voordat een krediet wordt verstrekt. Op basis daarvan wordt vastgesteld dat de financiële dienstverlener de aanwezigheid van de invloed van het management op de financiële situatie onderkent.

Op basis van het voorgaande is het theoretisch kader van dit onderzoek vormgegeven. In het volgende hoofdstuk wordt de methodologie van het empirisch deel van dit onderzoek toegelicht.

## **Hoofdstuk 4 – Methodologie**

In dit hoofdstuk wordt toegelicht op welke wijze het empirisch deel van dit onderzoek wordt uitgevoerd. Dit betreft ondermeer de aard van het onderzoek, de dataverzameling en de toegepaste afbakeningen. Eveneens bevat dit hoofdstuk een tabel op basis waarvan de semi-gestructureerde interviews grotendeels zijn vormgegeven. Vervolgens wordt het onderzoeksmodel toegelicht. Het hoofdstuk wordt afgesloten met de toelichting gericht op de waarborging van de validiteit en de betrouwbaarheid van dit onderzoek.

### **4.1 Onderzoeksopzet**

Dit onderzoek is beschrijvend van aard. Met behulp daarvan wordt de, in dit onderzoek centraal staande, probleemstelling beantwoord. Dit soort onderzoek beantwoordt 'wat is er aan de hand' vragen (Baarda en de Goede 1990:66). Dit sluit aan op de vraag gericht op de financiële posities en de mate van health care governance in de geselecteerde ziekenhuizen. In dit onderzoek zijn geen hypothesen geformuleerd en worden eveneens geen vragen beantwoord betreffende 'waarom' of 'hoe komt het dat'. Als gevolg daarvan is geen exploratief onderzoek of toetsingsonderzoek uitgevoerd. In het beschrijvende onderzoek wordt een survey uitgevoerd gericht op de financiële posities van de geselecteerde algemene Nederlandse ziekenhuizen. Daarbij worden bij de onderzoekseenheden op basis van de jaarrekeningen van 2005, 2006 en 2007 dezelfde financiële gegevens verzameld en, met behulp van de in hoofdstuk 3 beschreven elementen, de kengetallen berekend. Tot de onderzoekseenheden behoren niet alle algemene Nederlandse ziekenhuizen. Binnen deze eenheden is een afbakening toegepast. Het onderzoek is gericht op de grotere algemene Nederlandse ziekenhuizen met een beddenaantal tussen de 400 en 600 (tabel 3). Omdat dit een eis was van één van de deelnemende ziekenhuizen wordt in de verdere analyse in dit onderzoek gebruik gemaakt van letters voor de ziekenhuizen. De afbakening is gemaakt op basis van de cijfers van het RIVM (2006). In bijlage 2 zijn eveneens alle werkelijke beddenaantallen per jaar vastgelegd. Bij een aantal ziekenhuizen is het werkelijke aantal afwijkend van de informatie die is verzameld via het RIVM. Daarmee is rekening gehouden bij de analyse van dit onderzoek.

Tabel 3:

Ziekenhuis	Beddenaantal	Ziekenhuis	Beddenaantal
Stichting Deventer Ziekenhuisgroep	414	TweeSteden Ziekenhuis	505
Stichting Bronovo-Nebo	415	Westfries Gasthuis	506
Laurentius Ziekenhuis	429	Albert Schweitzer Ziekenhuis	510
Orbis Medisch en Zorgconcern	441	Elkerliek Ziekenhuis	524
Slingeland Ziekenhuis	448	Medisch Centrum Haaglanden	527
Spaarne Ziekenhuis	455	Diakonessenhuis	539
Zaans Medisch Centrum	456	Onze Lieve Vrouwe Gasthuis	550
Màxima Medisch Centrum	471	St. Lucas Andreas Ziekenhuis	551
Franciscus Ziekenhuis	472	VieCuri Medisch Centrum	569
Rijnland Ziekenhuis	500	Atrium Medisch Centrum	584
Groene Hart Ziekenhuis	500	St. Antonius Ziekenhuis	584
Ziekenhuis De Gelderse Vallei	500	Catharina Ziekenhuis	600
Amphia Ziekenhuis	502		(RIVM 2006)

In Nederland bestaan 131 locaties van algemene ziekenhuizen (RIVM 2006). Indien al deze ziekenhuizen in dit onderzoek worden betrokken is het uitvoeren van dit onderzoek in het gegeven tijdsbestek niet realiseerbaar en is als gevolg van de diversiteit tussen deze ziekenhuizen geen goede vergelijking mogelijk. Als gevolg daarvan is de hiervoor gepresenteerde afbakening toegepast. Teneinde te voorkomen dat in dit onderzoek meerdere locaties van één ziekenhuis worden betrokken, is gekozen voor de grotere algemene ziekenhuizen. Eveneens zijn de academische centra en de categorale instellingen in dit onderzoek uitgesloten. Deze keuze is een gevolg van het feit dat deze instellingen een grotere diversiteit hebben. Mede daardoor is een eenduidige vergelijking lastig zo niet onmogelijk.

De dataverzameling in dit onderzoek is ondermeer uitgevoerd door literatuuronderzoek op basis waarvan de eerste drie deelvragen zijn beantwoord. Vervolgens zijn de financiële gegevens verzameld via documentenanalyse. Eveneens is op basis van documentenanalyse de mate van health care governance in alle geselecteerde ziekenhuizen geanalyseerd. In de laatste fase van dit onderzoek zijn semi-gestructureerde interviews gehouden met vier ziekenhuizen uit de selectie en twee externe adviesbureaus. De respondenten zijn hierna gepresenteerd:

Naam respondent	Instelling
Rinus van Riel	Ziekenhuis B
Ronald Maas	Ziekenhuis B
Frans Schaepkens	Ziekenhuis Q
Dirk Jan Verbeek	Ziekenhuis H
Rob Dillmann	Ziekenhuis X
Anshu Gupta	Gupta Strategists
Edwin Sinnema	Deloitte consulting



Deze semi-gestructureerde interviews bij de ziekenhuizen zijn gericht op de mate van health care governance binnen deze instellingen. Het functioneren van de Raad van Bestuur is in het bijzonder toegelicht. Gericht op het functioneren van de Raad van Toezicht is aandacht besteed vanuit het perspectief van de Raad van Bestuur. Leden van de Raad van Toezicht zijn niet geïnterviewd. Gupta Strategists en Deloitte zijn benaderd betreffende een objectieve visie op health care governance in de Nederlandse zorgsector.

Dit onderzoek maakt gebruik van de mixed method zoals toegelicht in Creswell (2003:15-16). Het analyseren van de jaarrekeningen betreft kwantitatief onderzoek. De semi-gestructureerde interviews en documenten analyse betreffen kwalitatief onderzoek. Gekozen is voor semi-gestructureerde interviews. Als gevolg daarvan hebben de geïnterviewden vrijheid te communiceren wat zij belangrijk achten maar worden wel de belangrijkste onderwerpen in de interviews betrokken. Mede als gevolg daarvan kunnen inzichten ontstaan die bij een gesloten interview niet worden belicht.

#### ***4.2 De semi-gestructureerde vragenlijst***

Op basis van de in hoofdstuk 2 gepresenteerde aanbevelingen van de commissie health care governance is een tabel (tabel 4) vormgegeven waarin beknopt de inhoud van de aanbevelingen is vastgelegd. Deze tabel, samen met een aantal algemene vragen over health care governance in de zorg en de betreffende instelling, is aan de respondenten in de ziekenhuizen voorgelegd. Per aanbeveling is geïnventariseerd op welke wijze in het geselecteerde ziekenhuis aan de aanbeveling wordt voldaan. De aanvullende vraagstellingen zijn vastgelegd in bijlage 3.

Tabel 4:

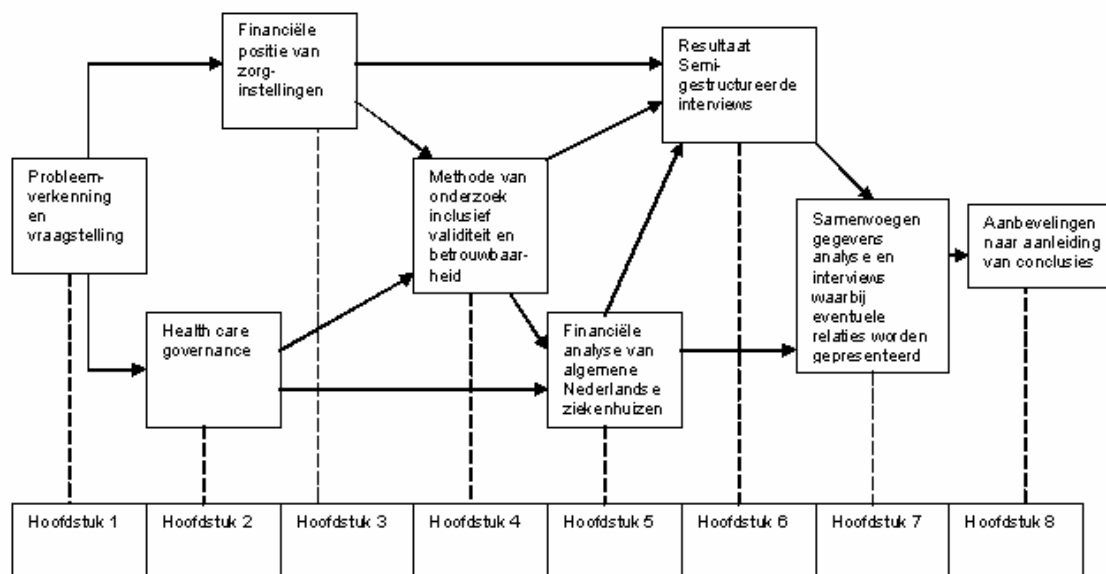
Aanbeveling	Gericht op*	Wat houdt is beknopt de inhoud van de aanbeveling
1	1	de RvB bestuurt en de RvT houdt toezicht
2	1	de RvB houdt bij beleidsvorming rekening met organisatie en het maatschappelijk belang
3	1	de bevoegdheden van de RvT zijn limitatief in de statuten vastgelegd
4	1	verantwoordelijkheden en bevoegdheden van leden van de RvB worden vastgelegd. De voorzitter is aanspreekbaar voor het beleid van de organisatie
5	1	transparantie in het jaarverslag bestaat over de functies en nevenfuncties van de bestuurders. Indien sprake is van meerdere bestuurders wordt de totaalsom van de bezoldiging in het jaarverslag gerapporteerd
6	1	de RvB evalueert regelmatig haareigen functioneren. De RvT bespreekt het functioneren ten minste 1 maal per jaar met de RvB
7	1	de RvT maakt een profielschets en checkt periodiek of de RvT daar nog aan voldoet. Transparantie bestaat over leeftijd, beroep en nevenfuncties (die relevant zijn) van de leden van de RvT
8	1	een openbaar reglement bestaat dat afspraken bevat over de werkverdeling en de werkwijze van de RvT, de communicatie met de RvB en de informatievoorziening
9	1	toezichthouders worden voor bepaalde tijd benoemt. Een rooster van aftreden bestaat zodat de continuïteit gewaarborgd blijft
16	1	het is niet gewenst dat leden van de RvT op voordracht worden benoemt
17	1	in de RvT dient in de regel geen voormalig bestuurder van de eigen organisatie zitting te hebben
18	1	het vervullen van bestuurstaken door een lid uit de RvT is ongewenst
20	1	de honorering van de RvT wordt in de jaarrekening gerapporteerd
25	3	De RvB draagt zorg dat de activiteiten bestuurlijk, financieel, juridisch en organisatorisch goed geregeld zijn. Verantwoording vindt plaats aan de RvT
26	3	de RvB rapporteert regelmatig aan de RvT en de bespreking daarvan wordt gerapporteerd in het jaarverslag
27	3	de RvT bespreekt de jaarstukken, het accountantsverslag en de managementletter met de RvB in bijzijn van de controlerend accountant
28	3	informatieverstrekking, verantwoording en beleidsbeïnvloeding worden door de RvB actief bevorderd
29	3	de RvB bevordert dat hulpverleners ook extern (cliënten en beroepsgenoten) verantwoording afleggen over hun handelen
30	3	de RvT legt extern verantwoording af in het jaarverslag. Hij verschaft daarbij inzicht op welke wijze de zorgorganisatie health care governance vormgeeft

\* 1: bestuur en intern toezicht, 2: extern bestuurlijk en toezichthoudend kader, 3: verantwoording

Naast deze vragenlijsten is een framework ontworpen waarmee de mate van health care governance in de geselecteerde ziekenhuizen aan de hand van de jaarverslaglegging 2007 wordt onderzocht. Dit framework is opgesteld op basis van de aanbevelingen van de commissie health care governance, elementen uit 'best practice' en eerdere studies betreffende governance in de zorg. Nadere uitleg over dit framework is gerapporteerd in hoofdstuk 6. Na opstelling van het framework is deze gevalideerd. Dit is bewerkstelligd door middel van een test. Een medestudent heeft met dit framework een tweetal jaarverslagen beoordeeld. Deze beoordelingen zijn op dezelfde conclusies uitgekomen dan de beoordelingen van de onderzoeker. Hieruit is gebleken dat de subjectiviteit met behulp van dit framework wordt geminimaliseerd. Dit framework is te vinden in bijlage 4.

### 4.3 Het onderzoeksmodel

Op basis van de onderzoeksopzet is het onderzoeksmodel van deze studie als volgt te presenteren:



### 4.4 Validiteit en betrouwbaarheid

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van literatuuronderzoek, documentenanalyse en semi-gestructureerde interviews. Op deze wijze wordt datatriangulatie toegepast. Het gevolg daarvan is dat de reële weergave van de werkelijkheid wordt vergroot. Als gevolg van de toegepaste afbakening betreffende de geselecteerde ziekenhuizen wordt de generaliseerbaarheid van dit onderzoek verminderd. Echter daardoor kunnen betere vergelijkingen worden uitgevoerd tussen de instellingen die in dit onderzoek zijn betrokken.

De betrouwbaarheid van de uitkomsten in dit onderzoek wordt vergroot door het opnemen van de semi-gestructureerde interviews op een memorecorder. Eventuele fouten als gevolg van het onjuist vastleggen van een uitspraak worden daardoor voorkomen. De interviews zijn letterlijk vast te leggen als gevolg waarvan het risico van onjuiste interpretaties wordt verkleind.

Dit onderzoek is begeleid vanuit het instituut Beleid en Management in de Gezondheidszorg (iBMG) als gevolg waarvan de validiteit van het onderzoek wordt vergroot. Omdat de begeleider de geschreven stukken heeft gelezen en van commentaar heeft voorzien, is als gevolg daarvan het onderzoek niet uitsluitend vanuit het perspectief van de onderzoeker uitgevoerd. Als gevolg van de begeleiding van de scriptiebegeleider is peer debriefing toegepast (Creswell (2003:196)). Voorts is bij het onderzoek een meelezer betrokken die als external auditor functioneert (ibid:196). De meelezer toetst het onderzoek uitsluitend als het gereed is en heeft bij de verdediging daarvan de gelegenheid kritische vragen te stellen.

Na beschrijving van de methodologie en de theoretische achtergrond in hoofdstuk 2 en 3 worden hierna de resultaten van dit onderzoek gepresenteerd. De kwantitatieve resultaten betreffen de analyses van de jaarrekeningen van de geselecteerde algemene Nederlandse ziekenhuizen worden in hoofdstuk 5 gepresenteerd. In hoofdstuk 6 worden vervolgens de kwalitatieve resultaten toegelicht uit de analyses van de jaarverslagleggingen en uit de gehouden interviews met de geselecteerde instellingen.

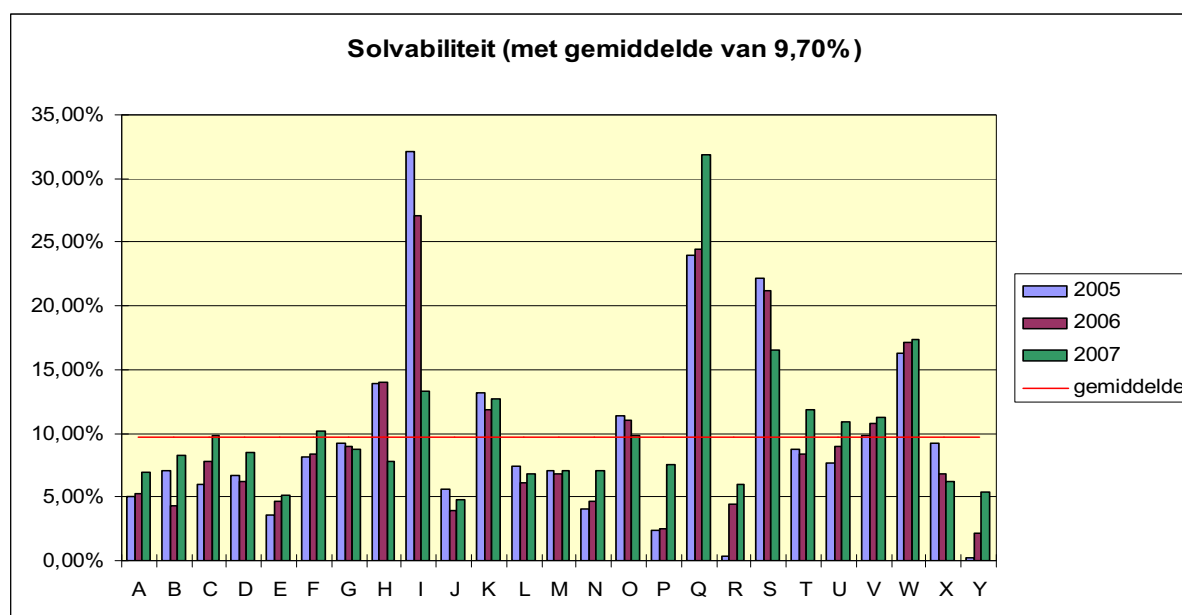
## Hoofdstuk 5 – Resultaten kwantitatief onderzoek

Dit hoofdstuk bevat de resultaten van het kwantitatieve deel van dit onderzoek. De jaarrekeningen van de geselecteerde algemene Nederlandse ziekenhuizen zijn geanalyseerd op basis van de ratio's en de gegevens die in hoofdstuk 3.2 zijn gepresenteerd. De gegevens gericht op het bedrijfsresultaat en de baten per fte voor de jaren 2005 en 2006 zijn ontleend aan de studie door PricewaterhouseCoopers die de financiële resultaten van ziekenhuizen heeft geanalyseerd (PwC 2007:20-26). De beddenaantallen voor de baten per bed zijn ontleend aan ziekenhuizen transparant.nl (2008) en de jaarverslagen van de betreffende ziekenhuizen. Eerst worden bevindingen uit het onderzoek gericht op de ratio's en de verschillende gegevens betreffende de jaren 2005 tot en met 2007 afzonderlijk gepresenteerd. De bevindingen worden in grafieken gepresenteerd die beknopt worden toegelicht. Alle berekende gegevens zijn in bijlage 5 tot en met 11 gepresenteerd. Aan het eind van dit hoofdstuk wordt met behulp van wegingen een rangschikking toegepast op basis waarvan de financiële positie van de onderzochte ziekenhuizen met elkaar wordt vergeleken.

Gericht op de geheimhouding van de gegevens per ziekenhuis zijn bij de weergave van de gegevens alfabetische letters gebruikt in plaats van de instellingsnaam.

### 5.1 Solvabiliteit

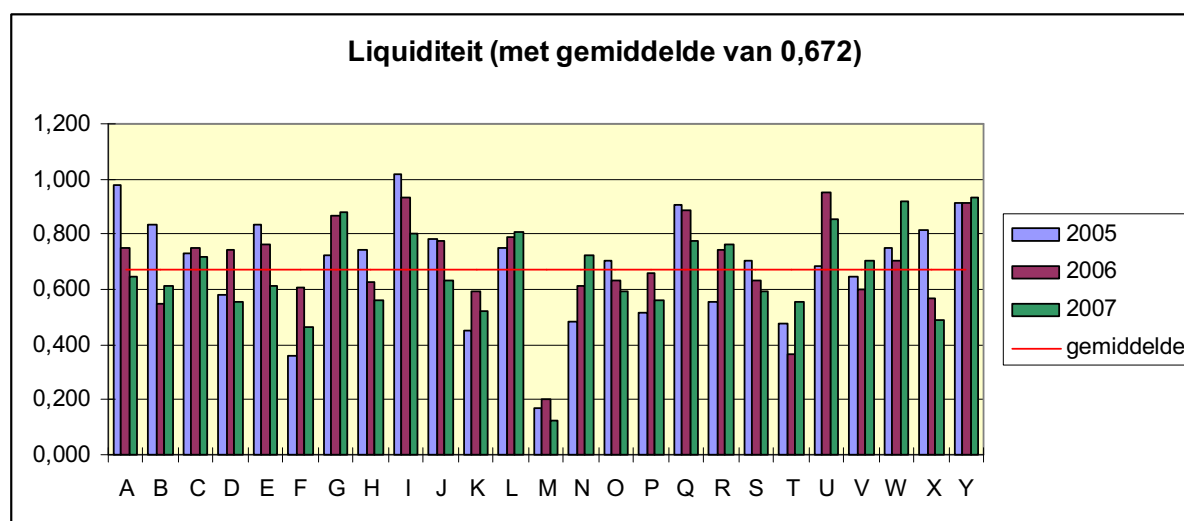
De volgende grafiek bevat de uitkomsten van de solvabiliteitsratio's van de onderzochte ziekenhuizen. In de grafiek zijn de ratio's per jaar per ziekenhuis gepresenteerd. Voorts is eveneens het gemiddelde van alle ziekenhuizen over drie jaar gepresenteerd. Als gevolg daarvan is duidelijk waarneembaar welke van de onderzochte ziekenhuizen een ratio boven of onder dit gemiddelde hebben.



Opvallend is dat een viertal ziekenhuizen (I, Q, S en W) een ratio hebben die zich ver boven het gemiddelde van 9,70% bevindt. De andere ziekenhuizen bevinden zich rond het gemiddelde waarvan de meeste zich onder het gemiddelde bevinden. Voorts blijkt op basis van de ontwikkeling in de grafiek dat wordt gestuurd op het verbeteren van de solvabiliteit. 19 van de 25 onderzochte ziekenhuizen hebben in 2007 een betere solvabiliteit. Vooral bij de ziekenhuizen P, Q en Y is een grote stijging waarneembaar. Opvallend is echter de sterk dalende solvabiliteit van ziekenhuis I. Als verklaring hiervoor communiceert het ziekenhuis dat de kosten voor een grootschalig reorganisatieproces 2007-2011 volledig ten laste van boekjaar 2007 zijn verantwoord.

Op basis van de grafiek blijkt duidelijk dat de onderzochte ziekenhuizen nog geen solvabiliteit hebben van 30%. Dit percentage wordt door de NZa als toekomstige norm voor een gezonde solvabiliteit toegepast wanneer de ziekenhuizen volledig risico gaan lopen over hun investeringen (NZa 2007:26). Wanneer de 30% als gewenst gekwalificeerd wordt is het gemiddelde van 9,70% als laag te kwalificeren. De solvabiliteit van de ziekenhuizen verbeterd. Echter indien de solvabiliteit met eenzelfde trend stijgt wordt deze 30% bij het merendeel van de ziekenhuizen niet benaderd wanneer de risico's volledig voor eigen rekening zijn. De enige uitzondering vormt ziekenhuis Q die in 2007 dit percentage heeft gerealiseerd. Het overgrote deel van de onderzochte ziekenhuizen heeft een solvabiliteit tussen de 5% en 10%. Op basis daarvan is de conclusie gerechtvaardigd dat de solvabiliteit van de ziekenhuizen nog fors dient te verbeteren.

## 5.2 Liquiditeit

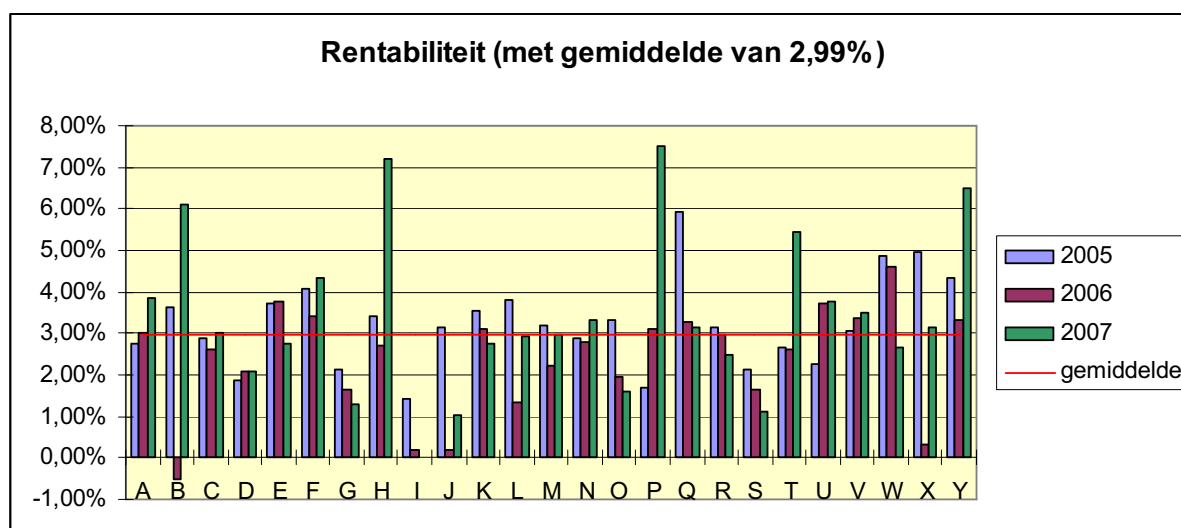


De vorenstaande grafiek bevat de uitkomsten van de liquiditeitratio's van de onderzochte ziekenhuizen. In de grafiek zijn de ratio's per jaar per ziekenhuis gepresenteerd. Voorts is eveneens het gemiddelde van alle ziekenhuizen over drie jaar gepresenteerd. Als gevolg daarvan wordt duidelijk waarneembaar welke ziekenhuizen een ratio boven of onder het

gemiddelde hebben. Op basis van de grafieken gericht op de liquiditeit is de lage liquiditeit van ziekenhuis M opvallend. Dit ziekenhuis is al meerdere jaren niet in staat gebleken aan de korte termijn betalingsverplichtingen te voldoen. Het ziekenhuis rapporteert niet in de jaarverslaglegging dat dit als een probleem of een risico wordt gekwalificeerd.

Op basis van de norm dat een liquiditeit van minstens 1 is gewenst, is de gemiddelde liquiditeit van 0,672 als laag te kwalificeren. De liquiditeit tussen de verschillende jaren fluctueert sterk. Van 2005 naar 2006 is de liquiditeit van 13 van de onderzochte ziekenhuizen gedaald en van 12 ziekenhuizen gestegen. Van 2006 naar 2007 is deze verdeling respectievelijk 21 en 4. Deze dalende trend dient in 2008 te worden omgebogen. In de veranderende externe omgeving is het mogelijk dat ziekenhuizen, indien de continuïteit van de zorg wordt bedreigd, failliet gaan. Het is als gevolg daarvan essentieel dat de liquiditeitspositie van de ziekenhuizen sterk verbetert zodat ze blijvend aan hun korte termijn betalingsverplichtingen kunnen voldoen.

### 5.3 Rentabiliteit (RTV)

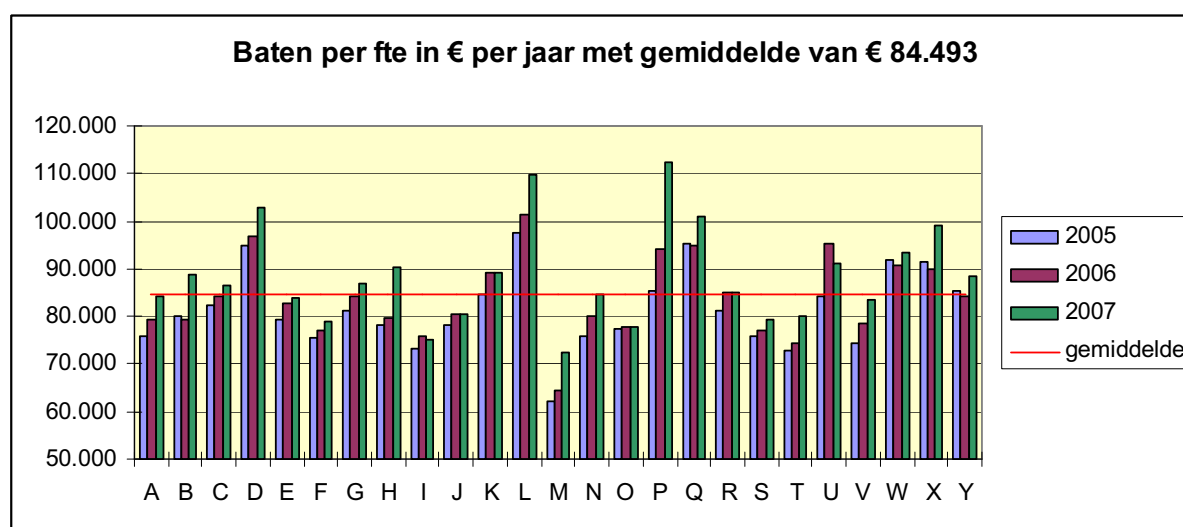


In vorenstaande grafiek is de berekende RTV van de ziekenhuizen gepresenteerd. In de grafiek is de rentabiliteit per ziekenhuis gepresenteerd eveneens is het gemiddelde van alle ziekenhuizen over drie jaar gepresenteerd. Als gevolg daarvan is duidelijk waarneembaar welke ziekenhuizen een hogere of lagere rentabiliteit hebben dan het totale gemiddelde.

Op basis van deze grafiek is te concluderen dat gericht op de rendementspercentages een grote spreiding bestaat tussen de onderzochte ziekenhuizen. In 2006 was bij het merendeel van de ziekenhuizen een daling van de rentabiliteit waarneembaar. Voorts bestaat in 2007 bij het merendeel van de ziekenhuizen een stijging van de rentabiliteit. Bij zes van de onderzochte ziekenhuizen (B, H, P, T, X en Y) is deze stijging als fors te kwalificeren. Indien de vastgestelde cijfers met de kapitaalmarktrente van eind 2006, die 4,0% bedroeg (DNB 2007:39), worden vergeleken is te concluderen dat het merendeel van de onderzochte

ziekenhuizen dit rendementspercentage niet heeft gerealiseerd. Dit blijkt eveneens uit het feit dat het gemiddelde rendementspercentage iets minder is dan 3. Een ander opvallend element is de negatieve rentabiliteit van ziekenhuis B in 2006. Dit ziekenhuis is in 2006 met een verlies geconfronteerd. Dit verlies is volgens dit ziekenhuis in het bijzonder beïnvloed door de lagere productie dan begroot, de relatief hoge patiëntgebonden kosten, de hoge personeelskosten en de gevolgen van forse investeringen in de laatste paar jaar. In 2007 heeft dit ziekenhuis de omstandigheden verbeterd.

## 5.4 Baten per fte

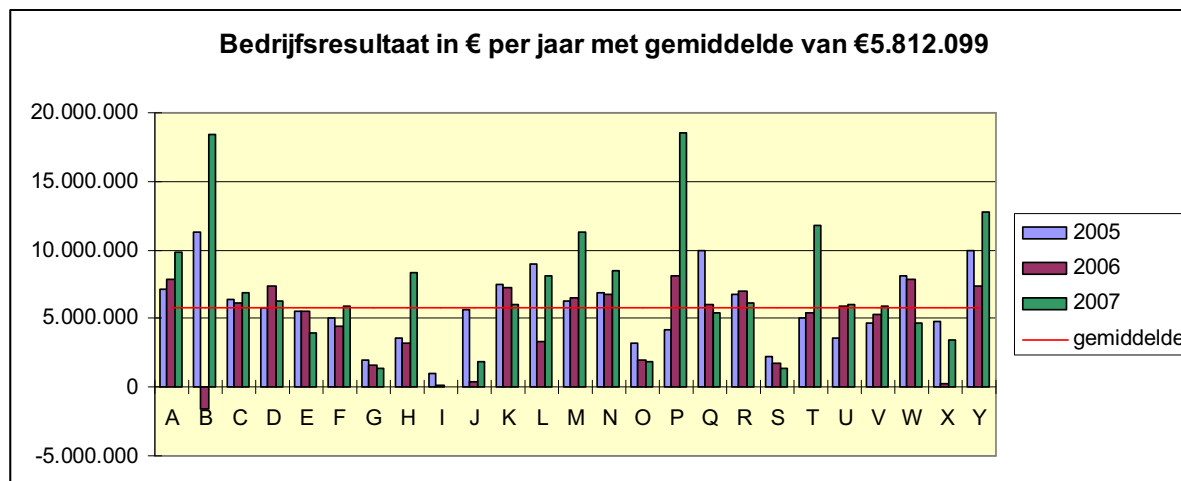


In vorenstaande grafiek zijn de baten per fte gepresenteerd voor de onderzochte ziekenhuizen. Als gevolg van het toepassen van het gemiddelde over drie jaar is duidelijk waarneembaar welke ziekenhuizen hogere of lagere baten per fte realiseren dan het gemiddelde.

In 2006 zijn bij het merendeel van de onderzochte ziekenhuizen de baten per fte gestegen. Zeer geringe dalingen zijn waarneembaar bij de ziekenhuizen B, Q, W, X en Y. Betreffende 2007 bestaan eveneens bij vijf van de onderzochte ziekenhuizen (I, J, O, R en U) dalingen dienaangaande. Deze zijn eveneens als zeer gering te kwalificeren. In het algemeen verbetert bij de onderzochte ziekenhuizen de productiviteit en de efficiëntie. Wel bestaat tussen de onderzochte ziekenhuizen een grote spreiding. Ziekenhuis M heeft duidelijk de laagste baten per fte en ziekenhuis L heeft gemiddeld in de drie onderzochte jaren de hoogste baten per fte. Ziekenhuis M had eveneens een slechte liquiditeitspositie. Echter in de jaarverslaglegging wordt dienaangaande betreffende het financiële beleid niets gerapporteerd.



## 5.5 Bedrijfsresultaat (voor aftrek financiële baten en lasten)



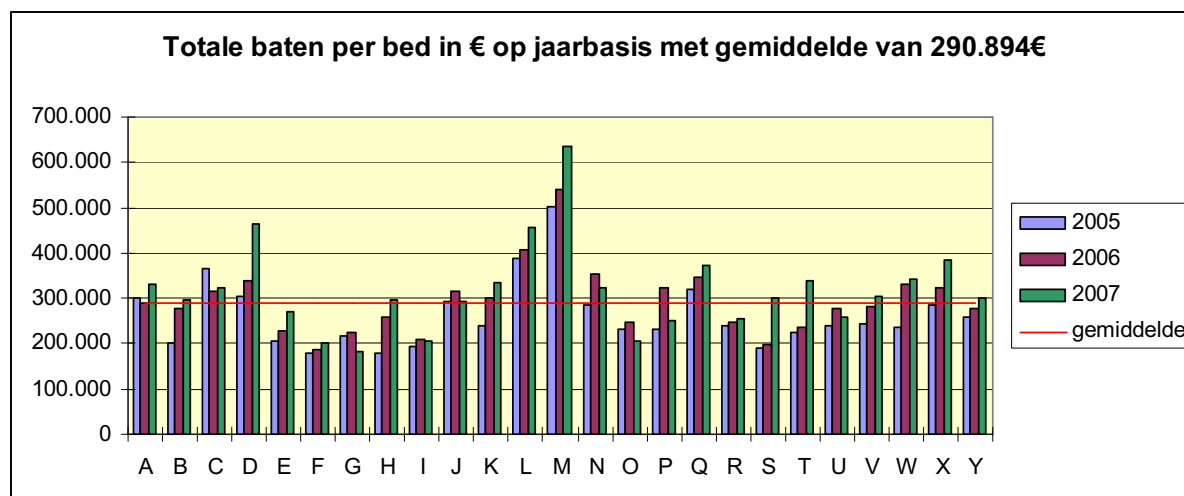
Op basis van de vorenstaande grafiek wordt geconcludeerd dat een grote spreiding bestaat tussen de onderzochte ziekenhuizen gericht op het bedrijfsresultaat. Eveneens is waarneembaar dat in 2007 bij het merendeel van de ziekenhuizen het bedrijfsresultaat is gestegen. Ten aanzien van het gemiddelde hebben veel ziekenhuizen een resultaat dat zich ver van dit gemiddelde bevindt. Daarbij dient echter rekening te worden gehouden met de grootte van de onderzochte ziekenhuizen. Volgens de informatie van het RIVM (zie hoofdstuk 4) bevinden de beddenaantallen van de onderzochte ziekenhuizen bevinden zich in de range van 400 en 600. Dit kan al tot een groot verschil leiden in het wettelijk budget dat aan de instelling wordt toegekend. Dit kan eveneens invloed hebben op het bedrijfsresultaat. Echter na nader onderzoek wordt geconcludeerd dat niet alle ziekenhuizen een beddenaantal hebben in de range van 400 en 600 (zie bijlage 2). Als gevolg daarvan is de vergelijking op basis van het bedrijfsresultaat enigszins vertekend.

In de gepresenteerde resultaten zijn in het bijzonder de gegevens van ziekenhuis B en P opvallend. Ten opzichte van 2006 is bij beide ziekenhuizen in 2007 het bedrijfsresultaat fors gestegen. Bij ziekenhuis B is dit te verklaren doordat het financieel beleid van het ziekenhuis in 2007 gericht was op het herstel van de financiële positie na de tegenvallende resultaten in 2006. Eveneens heeft de bestuurswissel halverwege 2007 bijgedragen aan het verbeteren van de financiële situatie. Ziekenhuis P verklaart het opvallende bedrijfsresultaat door te rapporteren dat veel incidentele baten en lasten in het exploitatieresultaat 2007 zijn verantwoord. Geschoond voor incidentele effecten bedraagt het ziekenhuisresultaat nog slechts 0,35 miljoen euro positief.

## 5.6 Baten per bed

In paragraaf 5.5 is toegelicht dat gericht op de omvang van het bedrijfsresultaat rekening gehouden dient te worden met het beddenaantal wat een vertekend beeld geeft in de gepresenteerde cijfers. Dit is eveneens van toepassing bij de analyse van de totale baten. In

navolgende grafiek zijn, ter opheffing van deze vertekening, de cijfers gepresenteerd van de totale baten per jaar gedeeld door het werkelijke beddenaantal per jaar. Het werkelijke beddenaantal is gepresenteerd in bijlage 2.



Bij de baten per bed is een kleinere spreiding waarneembaar dan bij de totale baten per ziekenhuis. Het merendeel van de ziekenhuizen bevindt zich dicht bij het gemiddelde. Eveneens is te concluderen dat de baten per bed stijgen ten opzichte van voorgaande jaren. Opvallend is dat ziekenhuis M bij de liquiditeit en bij de baten per fte slecht heeft gescoord maar betreffende de baten per bed duidelijk als beste scoort.

## 5.7 Participatiegraad in het waarborgfonds voor de zorgsector (WfZ)

In hoofdstuk 3 van dit onderzoek is aandacht besteed aan de participatiegraad in het WfZ. Op basis van de bevindingen uit het empirisch deel van dit onderzoek blijkt dat 5 van de 25 onderzochte algemene Nederlandse ziekenhuizen niet zijn geborgd door het waarborgfonds. Dit zijn ziekenhuis E, I Y L en R.

Opmerkelijk is dat vier van deze ziekenhuizen een slechte solvabiliteitspositie hebben. Echter het andere, ziekenhuis I, heeft een goede solvabiliteit. De overige twee ratio's zijn bij deze ziekenhuizen als gemiddeld te kwalificeren. De baten per fte, het bedrijfsresultaat en de baten per bed bij deze vijf ziekenhuizen zijn sterk verschillend. Op basis daarvan is te concluderen dat de participatiegraad in het WfZ gericht op het vaststellen van de financiële positie in dit onderzoek geen onderscheidend element is. Gericht op de rangschikking in de volgende paragraaf wordt dit element als gevolg daarvan niet toegepast.

## 5.8 Totale score en conclusie

De volgende tabel bevat de uiteindelijke rangschikking van de onderzochte ziekenhuizen. Per onderzocht element is een wegingsfactor toegepast als gevolg waarvan de bevindingen zijn te rangschikken en te vergelijken. De volgende wegingen zijn toegepast:

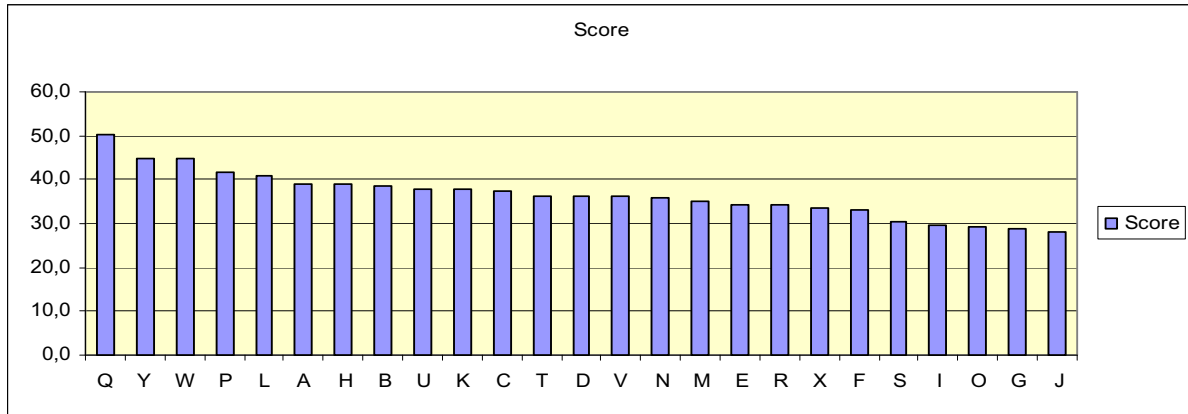
Voor de solvabiliteit is uitgegaan van de solvabiliteitseis van 30% wat door de NZa als toekomstige norm wordt gehanteerd (NZa 2007:31). Eveneens omdat financiële instellingen strengere solvabiliteitseisen gaan toepassen voor ziekenhuizen is dit uiteindelijk de beoogde solvabiliteit. Aan de 30% eis is de waarde 10 toegekend, vervolgens is de score van de onderzochte ziekenhuizen berekend. Gericht op de liquiditeit is 1 als uitgangspunt toegepast daar is de score 10 aan toegekend. Een liquiditeit van 1 wordt doorgaans gekwalificeerd als de mogelijkheid van ziekenhuizen aan de korte termijn betalingsverplichtingen te kunnen voldoen. Ten slotte is gericht op de rentabiliteit de geldende kapitaalmarktrente eind 2006 als uitgangspunt toegepast. Deze kapitaalmarktrente bedroeg 4,0% (DNB 2007). Aan dit percentage is de score 10 toegekend waarna vervolgens dit uitgangspunt is toegepast teneinde de cijfers van de onderzochte ziekenhuizen vast te stellen.

Bij de baten per fte is het ziekenhuis met de beste score als uitgangspunt toegepast. Daaraan is een waarde toegekend van 10. Vervolgens zijn de andere scores berekend. Gericht op het bedrijfsresultaat en de baten per bed is dezelfde methodiek toegepast.

Uiteindelijk zijn de scores per element van de onderzochte ziekenhuizen opgeteld en is op basis van deze score de rangschikking toegepast. Het ziekenhuis met de hoogste score heeft de 1<sup>e</sup> positie. In de volgende tabel en grafiek zijn de uiteindelijke scores en de financiële positie van de ziekenhuizen, ten opzichte van elkaar, gepresenteerd.

Positie	Ziekenhuis	Solvabiliteit	Liquiditeit	RTV	Baten per fte	Bedrijfsresultaat	baten per bed	Score
1	Q	8,9	8,6	10,2	9,4	6,9	6,2	50,2
2	Y	0,8	9,2	11,6	8,4	9,8	5,0	44,7
3	W	5,6	7,9	10,1	8,9	6,7	5,4	44,7
4	P	1,4	5,8	10,2	9,4	10,0	4,8	41,6
5	L	2,3	7,8	6,7	10,0	6,7	7,5	40,9
6	A	1,9	7,8	8,0	7,7	8,1	5,5	39,0
7	H	3,9	6,4	11,2	8,0	4,9	4,4	38,9
8	B	2,2	6,7	7,8	8,0	9,1	4,6	38,4
9	U	3,1	8,2	8,1	8,8	5,1	4,6	37,9
10	K	4,2	5,2	7,8	8,5	6,8	5,2	37,7
11	C	2,6	7,3	7,1	8,2	6,3	6,0	37,6
12	T	3,2	4,6	9,1	7,4	7,2	4,8	36,3
13	D	2,4	6,3	5,1	9,5	6,3	6,6	36,2
14	V	3,6	6,5	8,3	7,7	5,1	4,9	36,1
15	N	1,8	5,8	7,5	7,8	7,2	5,7	35,8
16	M	2,3	1,6	6,9	6,5	7,8	10,0	35,2
17	E	1,5	7,4	8,5	8,0	4,9	4,2	34,4
18	R	1,2	7,0	7,1	8,1	6,5	4,4	34,3
19	X	2,5	6,0	7,2	9,1	2,8	5,9	33,4
20	F	3,0	4,6	9,8	7,5	5,0	3,4	33,2
21	S	6,6	6,4	4,0	7,5	1,7	4,1	30,3
22	I	7,9	9,1	1,3	7,3	0,4	3,6	29,6
23	O	3,6	6,3	5,6	7,5	2,3	4,1	29,4
24	G	3,0	8,3	4,2	8,2	1,6	3,7	29,0
25	J	1,6	7,3	3,3	7,7	2,6	5,4	27,9

In onderstaande grafiek zijn de scores weergegeven in vorenstaande tabel gepresenteerd. Waarneembaar is dat koplopers en achterlopers aanwezig zijn. Daarnaast is tussen het merendeel van de ziekenhuizen een kleine spreiding aanwezig.



De bepaling van de financiële positie van de algemene Nederlandse ziekenhuizen (ten opzichte van elkaar) is daarmee afgerond. In dit hoofdstuk is als gevolg daarvan deelvraag 5 van dit onderzoek beantwoord. Vervolgens wordt in het volgende hoofdstuk aandacht besteed aan de mate van health care governance. Vervolgens kan worden vastgesteld of een relatie bestaat tussen de financiële positie en de health care governance.

## **Hoofdstuk 6 – Resultaten kwalitatief onderzoek**

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek gericht op de mate van health care governance in de geselecteerde ziekenhuizen toegelicht. Dit onderzoek is verricht op basis van documentenanalyse en het houden van semi gestructureerde interviews bij vier van de geselecteerde ziekenhuizen, bij Gupta Strategists en bij Deloitte. Eerst worden de resultaten van de documentenanalyse gepresenteerd en vervolgens de resultaten uit de interviews.

### **6.1 Resultaten uit documentenanalyse**

In deze paragraaf worden de resultaten uit de analyse van de jaarverslagleggingen toegelicht. Eerst wordt toegelicht op welke wijze dit deel van het onderzoek met behulp van een framework is uitgevoerd. Vervolgens worden de resultaten gepresenteerd.

#### *6.1.1 Het framework*

In hoofdstuk 4 is de methodologie van dit onderzoek toegelicht. Daarbij is verwezen naar het framework op basis waarvan de mate van health care governance in de geselecteerde ziekenhuizen is onderzocht. Dit framework is gepresenteerd in bijlage 4. Het framework bestaat uit 30 elementen waar punten aan worden toegekend. Per element is maximaal 3 en minimaal 1 punt te behalen voor de onderzochte ziekenhuizen. In de tabel in bijlage 4 is bovenaan gepresenteerd welk puntenaantal behoort bij de betreffende antwoorden.

Het framework is vormgegeven op basis van de aanbevelingen door de commissie health care governance, op basis van elementen in de 'best practice' en op basis van de bevindingen uit onderzoeken door Deloitte, door PricewaterhouseCoopers en door Ernst & Young.

#### Commissie health care governance

De commissie health care governance heeft dertig aanbevelingen gepubliceerd. Daarvan zijn voor dit onderzoek een aantal aanbevelingen geselecteerd. Deze aanbevelingen zijn toegepast tijdens de uitgevoerde interviews met vertegenwoordigers van vier van de geselecteerde ziekenhuizen. Een groot deel van de geselecteerde aanbevelingen is eveneens te toetsen in de jaarverslagleggingen door de ziekenhuizen. Deze aanbevelingen zijn vastgelegd in het framework.

#### Elementen uit 'best practice'

Naast de aanbevelingen in de governance code voegen sommige instellingen extra informatie toe. Deze informatie vergroot de transparantie en kan als gevolg daarvan een toegevoegde waarde hebben. Instellingen die goed presteren en hun organisatie goed

beheersen en, qua governance, een voorbeeld zijn voor andere instellingen worden doorgaans als 'best practice' instellingen gekwalificeerd. Uit de jaarverslagen van deze 'best practice' instellingen zijn aan het framework een aantal elementen toegevoegd. Een voorbeeld is de frequentie van vergaderen van de Raad van Bestuur en de (globale) onderwerpen die daarbij besproken zijn.

#### Deloitte, PricewaterhouseCoopers en Ernst & Young

Deloitte en PricewaterhouseCoopers (PwC) hebben beide documenten geschreven betreffende health care governance. De branchegroep gezondheidszorg van Deloitte heeft daarbij de aandacht gevestigd op de intern gerichte elementen van governance, prestatiebesturing en risicobeheersing (Deloitte 2005). Deze elementen dienen eveneens in het jaarverslag te worden gerapporteerd. PwC heeft een document gepubliceerd dat instellingen ondersteund bij de invoering van governance (PwC 2008). Dienaangaande heeft PwC aanbevelingen gepresenteerd. Deze aanbevelingen zijn in grote lijnen in overeenstemming met de aanbevelingen in de governance code. Enkele aanvullingen uit de voorstellen door PwC zijn in het framework betrokken.

In 2006 heeft Ernst & Young een onderzoek uitgevoerd gericht op de mate van governance in zorginstellingen (Ernst & Young 2006). Dit onderzoek is uitgevoerd door het analyseren van de jaarverslagleggingen 2005. Daarbij zijn 6 aandachtsgebieden geanalyseerd (corporate governance structuur, verslag Raad van Bestuur, verslag Raad van Toezicht, bezoldiging bestuurders, zorgproductie en ICT). De uitkomsten van dit onderzoek zijn eveneens in het framework voor dit onderzoek betrokken. Het uiteindelijke cijfer dat toegekend is aan de ziekenhuizen is aan het puntenaantal van het ziekenhuis toegevoegd.

De beoordeling van de geselecteerde ziekenhuizen in de studie van Ernst & Young is als volgt:

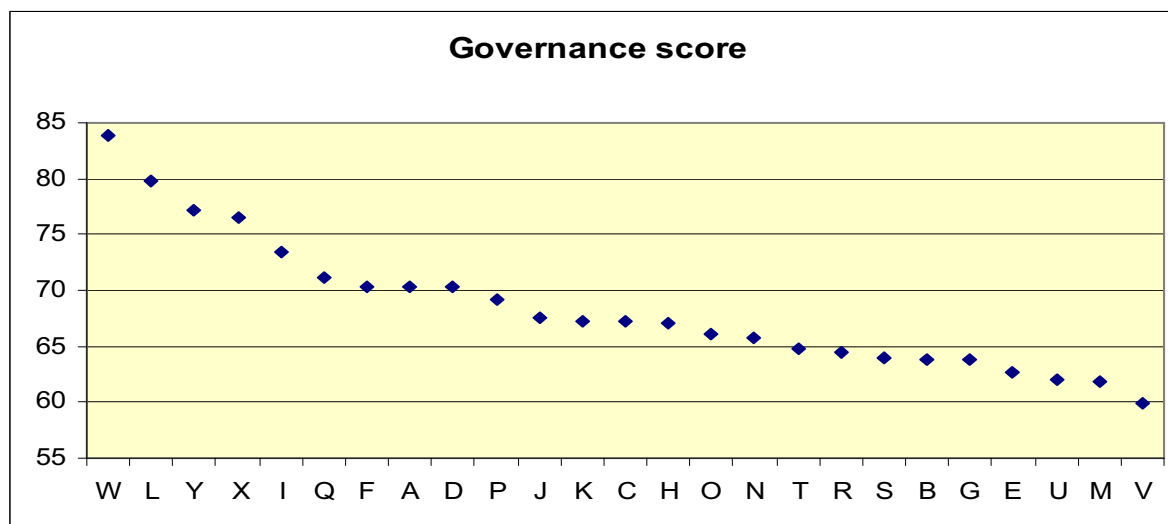
Ziekenhuis	Beoordeling	Ziekenhuis	Beoordeling
A	7,31	N	5,68
B	5,83	O	3,58
C	7,29	P	4,17
D	9,25	Q	8,12
E	5,16	R	5,41
F	7,39	S	5,53
G	8,32	T	4,21
H	8,14	U	4,94
I	4,44	V	5,42
J	8,53	W	7,38
K	6,79	X	5,47
L	7,76	Y	8,22
M	6,27		

### 6.1.2 De 'governance score' na de beoordeling op basis van het framework

In navolgende tabel zijn de uiteindelijke scores van de ziekenhuizen gepresenteerd. Op welke wijze de punten zijn toegekend is in bijlage 4 en paragraaf 6.1.1 verantwoord. In bijlage 12 is de totstandkoming van de totale score gepresenteerd.

Governance Score						
	Ziekenhuis	Score		Ziekenhuis	Score	
1	W	83,88		14	H	67,14
2	L	79,76		15	O	66,08
3	Y	77,22		16	N	65,68
4	X	76,47		17	T	64,71
5	I	73,44		18	R	64,41
9	Q	71,12		19	S	64,03
6	F	70,39		20	B	63,83
7	A	70,31		21	G	63,82
8	D	70,25		22	E	62,66
10	P	69,17		23	U	61,94
11	J	67,53		24	M	61,77
12	K	67,29		25	V	59,92
13	C	67,29				

Op basis van de gepresenteerde scores in een grafiek blijkt een duidelijke verdeling. Op basis van de bevindingen uit dit deel van het onderzoek blijkt dat een aantal ziekenhuizen goed hebben gescoord en daarmee de koplopers zijn. Daarnaast zijn de scores van de overige ziekenhuizen niet zeer verschillend. Ziekenhuis V heeft duidelijk de laagste score. De gemiddelde score van de 25 onderzochte ziekenhuizen is 68,40.



De verschillen tussen de ziekenhuizen betreffen in het bijzonder de extra toevoegingen in de informatieverstrekking. De standaard regels in de governance code worden door (bijna) alle onderzochte ziekenhuizen goed toegepast. Indien wordt afgeweken wordt dit duidelijk toegelicht en beargumenteerd. Gegeven de bevindingen gericht op de extra toevoegingen in het framework op basis van 'best practice' en studies door PwC en door Deloitte, geldt voor veel van de onderzochte ziekenhuizen dat ze daar niet aan voldoen. Het onderscheidend

vermogen is als gevolg daarvan bij veel van de onderzochte instellingen niet tot nauwelijks aanwezig.

## **6.2 Resultaten uitgevoerde interviews**

In deze paragraaf worden enkelen uitspraken van de respondenten uit de benaderde instellingen gepresenteerd en toegelicht. Aan het eind van deze paragraaf wordt de tabel gepresenteerd die tijdens de interviews is toegepast teneinde te communiceren welke aanbevelingen van health care governance in de ziekenhuizen worden toegepast.

### *6.2.1 Health care governance*

Als eerste is gevraagd naar de betekenis van health care governance voor de respondent. Deze vraag is verschillend beantwoord. De belangrijkste overeenkomst in de antwoorden is de externe zichtbaarheid van de organisatie. Alle respondenten zijn van mening dat de toegankelijkheid en de transparantie van de organisatie twee van de belangrijkste elementen zijn gericht op health care governance.

*'Dat de dingen die je afspreekt over de toegankelijkheid van de besturing van het ziekenhuis voor iedereen te volgen zijn. Het zijn niet dingen die je uitsluitend met jezelf afspreekt maar het dient volgbaar te zijn voor anderen. Heel plat geformuleerd zou het eveneens verwoord kunnen worden als 'het ziekenhuis uit de black box halen.'* (Dhr. Verbeek)

*'Volgens mij betreft dit dat je jezelf toetsbaar opstelt, dat je toetsbaar bent voor belangrijke stakeholders. Doorgaans wordt health care governance vormgegeven door de verantwoording aan de raad van toezicht maar mijn mening is dat het eveneens de verantwoording aan de buitenwereld betreft.'* (Dhr. Dillman)

*'Het is een manier van met elkaar afspreken op welke wijze je toezicht houdt en op welke wijze je bestuurt, ieder vanuit zijn eigen verantwoordelijkheid. Voorts bestaat momenteel een ontwikkeling naar meer maatschappelijke verantwoording. Dit betreft belangenverstrengeling en veranderende rolverdelingen tussen raad van bestuur en de raad van toezicht. Dit impliceert nieuwe eisen van deze tijd en in dat licht zie ik governance.'* (Dhr. Maas)

### *6.2.2 Health care governance in de Nederlandse zorgsector*

Dhr. van Riel en dhr. Sinnema hebben beide eenzelfde mening over de kwaliteit van health care governance in Nederlandse zorginstellingen.



*'Ik denk dat de naleving van health care governance in Nederland verscheidend is. Volgens mij is de naleving van health care governance nog weinig 'state-of-the-art'. En, inschattenderwijs, als 30% het zo doet dat Pauline Meurs zou zeggen dat ze op de goede weg zijn is dit al een vrij optimistisch percentage. Ik denk dat je zult schrikken van het amateurisme van de wijze waarop de raad van toezicht en de raad van bestuur dit toepassen. Daar ben ik redelijk pessimistisch over.'* (Dhr. van Riel)

*'De governance van instellingen in de zorg valt zwaar tegen. In eerste instantie moet feitelijk verondersteld worden dat gericht op governance nauwelijks iets wordt toegepast tot meer informatie is verzameld. Doorgaans bestaat de verslaglegging uit veel vaagheid en standaard teksten.'* (Dhr. Sinnema)

Echter indien over de bedrijvigheid gericht op het governance thema wordt gesproken communiceren dhr. Schaepekens en dhr. Dillman beide dat volgens hun beleving de meeste instellingen wel actief bezig zijn met inhoud geven aan health care governance binnen de organisatie. Volgens dhr. Dillman worden organisaties vanuit diverse invalshoeken gedwongen actief bezig te zijn met health care governance. Als gevolg daarvan kan een instelling het zich niet langer permitteren over het onderwerp extern geen informatie te rapporteren. Wel wordt gecommuniceerd dat in de uitvoering van health care governance duidelijk koplopers en duidelijke achterblijvers bestaan. Het is niet voor alle instellingen even eenvoudig de juiste vormgeving te vinden van health care governance.

Op basis van discussie over de vormgeving van health care governance in de ziekenhuizen komt de discussie gericht op de bestuursstructuur steeds meer aan de orde. Dhr. van Riel en dhr. Verbeek communiceren daarover. *'In Nederland bestaat het two-tier board, dit betekent een strikte scheiding tussen bestuur en toezicht.'* (dhr. van Riel). De Verenigde Staten en Engeland hebben de zogenoemde one-tier board als bestuursstructuur. Bij een one-tier board is één bestuur aanwezig dat bestaat uit executives en non-executives bestuurders. De executives zijn de bestuurders die de dagelijkse leiding hebben. De dagelijkse leiding heeft in een one-tier board dezelfde verantwoordelijkheid als de toezichthouder. Volgens dhr. Verbeek betreft de discussie gericht op de bestuursstructuur in het bijzonder de groter wordende risico's. Daarbij wordt in Nederland gediscussieerd over de transformatie van een two-tier board naar een one-tier board.

Betreffende governance is deze ontwikkeling interessant. Gericht op dit onderzoek wordt deze ontwikkeling niet nader toegelicht. Wel bestaat de aanbeveling nader onderzoek uit te voeren gericht op de bestuursstructuur van algemene Nederlandse ziekenhuizen.

Dhr. Gupta communiceert dat voor Raden van Bestuur duidelijke en concrete doelstellingen gesteld moeten worden waar ze eveneens op afgerekend kunnen worden. De Raad van Bestuur moet duidelijk maken wat ze met de instelling wil bereiken en dit moet transparant zijn voor alle belanghebbenden. Dhr. Gupta is van mening dat wanneer meer transparantie gegeven wordt in wat de Raad van Bestuur wil bereiken dit een positieve uitwerking heeft op de realisatie van deze doelstellingen. Op dit moment zijn de doelstellingen in de meeste Nederlandse ziekenhuizen niet concreet. Als gevolg daarvan kan de Raad van Bestuur niet op deze doelstellingen worden afgerekend. Wanneer concrete doelstellingen gesteld worden dient de Raad van Toezicht achter deze doelstellingen te staan en dient ze de Raad van Bestuur te stimuleren deze te bereiken. Daarnaast is het eveneens aan de Raad van Toezicht te monitoren of de doelstellingen bereikt worden en moet ze de Raad van Bestuur afrekenen wanneer de doelstellingen niet behaald zijn. Het transparant en concreet maken van de doelstellingen zijn aspecten die te plaatsen zijn onder governance. Het valt te concluderen dat dit in de meeste Nederlandse ziekenhuizen sterk kan verbeteren.

### *6.2.3 De relatie tussen health care governance en de financiën van een organisatie*

Aan de respondenten is gevraagd waar naar hun mening een mogelijke relatie bestaat tussen health care governance en de financiën van een algemeen Nederlands ziekenhuis. Betreffende deze vraag zijn door de geïnterviewde meerdere antwoorden gecommuniceerd. Governance is een breed begrip en heeft als gevolg daarvan invloed op veel facetten van de organisatie. Als gevolg daarvan was het voor de respondenten lastig een eenduidig antwoord te communiceren. Dhr. Sinnema antwoordt dat volgens hem geen relatie tussen beide elementen bestaat. Volgens hem is wel vast te stellen dat ziekenhuizen die een goede financiële positie hebben eveneens goed scoren gericht op governance maar volgens hem bestaat geen causale relatie tussen beide. Hij communiceert dat het in het algemeen zo is dat indien een instelling goed presteert feitelijk alles goed gaat en dat dit doorgaans is vast te stellen in onderzoeken en in metingen. Echter indien een organisatie slecht presteert dan zullen doorgaans eveneens de governance van de instelling en de financiën van een instelling beide een slechte score hebben.

Naast deze reactie van dhr. Sinnema hadden de andere respondenten verschillende meningen.

*'Het belangrijkste is denk ik goed samenspel tussen de auditcommissie en de financiële bestuurder. De financiële bestuurder dient transparantie te verstrekken over de financiële ontwikkelingen op de lange en op de korte termijn. Op basis daarvan dient de auditcommissie in staat te zijn de juiste vragen te stellen. Voorts is het relevant dat de gehele*

*raad van toezicht een voldoende kritisch vermogen heeft. Dit is in veel ziekenhuizen op dit moment nog niet het geval.’ (Dhr. van Riel)*

*‘Health care governance kan de financiën betreffende heel veel elementen beïnvloeden. Voorbeelden daarvan zijn de kwaliteit van de Planning & Control cyclus, de ICT investeringen, treasury, de kwaliteit van de administratie en de kwaliteit van de DBC registratie en facturatie.’ (Dhr. Dillman)*

*In mijn beleving is health care governance gericht op besturing en beheersing. Ik denk dat een goede besturing en beheersing rekening houdt met de werkelijke en de wenselijke financiële positie. Dit leidt tot de situatie dat je de risico’s tijdig onderkent en ze eveneens afdekt, althans voor zover je dat wenselijk acht. En health care governance realiseert dat je als organisatie veel meer in control bent en daardoor eveneens in staat bent een betere financiële positie op te bouwen. Winst in enig jaar is dan geen toevalstreffer maar het gevolg van bewust beleid. Voorts worden bij health care governance eisen gesteld aan de toezichthouders en aan het toezichthoudend orgaan als geheel. Door deze eisen heb je veel meer kans een goed financieel beleid te voeren. Indien je bijvoorbeeld een incompetent raad van toezicht hebt, zet dit de bedrijfsvoering en dus je financiële positie onder druk. (Dhr. Schaepkens)*

Op basis van vorenstaande uitspraken is duidelijk dat health care governance, volgens de respondenten, niet een directe relatie heeft met de financiën van het ziekenhuis. Dhr. van Riel onderkent de relatie in het bijzonder via de auditcommissie en de gehele raad van toezicht. Deze relatie wordt eveneens gecommuniceerd door dhr. Schaepkens. Voorts benoemt dhr. Schaepkens de invloed van health care governance op de besturing en de beheersing van de organisatie met als gevolg dat de organisatie meer in control is en daardoor een betere financiële positie kan realiseren. Dhr. Dillman signaleert diverse processen die zorgdragen voor het in control houden van de organisatie.

*‘Financiën is een uitkomst. Die tot stand komt door de kostenstructuur in ziekenhuizen en de marktprestaties van ziekenhuizen.’ (Dhr. Gupta)*

Dhr. Gupta communiceert in vorenstaande uitspraak dat de financiën van ziekenhuizen een uitkomst is van de kostenstructuur en de marktprestaties. Dit is eveneens te formuleren als de prestatie-indicatoren ‘cost-to-serve’ en ‘marktaandeel’. Wanneer een instelling te weinig patiënten heeft die behandeld kunnen worden of wanneer de instelling te hoge kosten maakt tijdens de behandelingen heeft dit een directe relatie op de financiën. Wanneer de financiële positie als uitkomst gezien wordt is een directe relatie met governance uitgesloten. Wel kan

een relatie bestaan met de elementen waaruit de financiële positie van de organisatie voortkomt.

Dhr. van Riel communiceert voorts nog zijn mening dat *'Wanneer organisaties in de problemen komen, wordt dit altijd veroorzaakt door mismanagement, dus het kan altijd voorkomen worden.'* Voorts communiceert hij dat indien de toezichthouder goed functioneert het risico van mismanagement geminimaliseerd kan worden. In relatie met de financiën van een algemeen ziekenhuis communiceert dhr. van Riel dat een financieel meerjarenperspectief met toelichting en een onderbouwing financiële problemen kan voorkomen. De toezichthouder kan met behulp van een financieel meerjarenperspectief vaststellen of de organisatie de juiste kant op gaat. Vragen kunnen gesteld worden en de raad van toezicht kan, indien noodzakelijk, op tijd bijsturen. In algemene Nederlandse ziekenhuizen is, volgens dhr. van Riel, een goed financieel meerjarenperspectief momenteel niet tot nauwelijks aanwezig.

#### 6.2.4 De mate van health care governance in de betreffende ziekenhuizen

Tijdens de interviews is in het bijzonder de governance binnen de instelling van de geïnterviewde belicht. In paragraaf 4.2 is een tabel gepresenteerd die tijdens de interviews is toegepast en aan de geïnterviewde is voorgelegd. De uitkomsten daarvan zijn in de navolgende tabel gepresenteerd.

Aanbeveling	Ziekenhuis B	Ziekenhuis X	Ziekenhuis H	Ziekenhuis Q
1	v	v	v	v
2	v	v	v	v
3	v	v	v	v
4	v	v	v	v
5	nevenfuncties interim-bestuur niet bekend. Individuele bezoldiging gerapporteerd	Individuele bezoldiging gerapporteerd	Individuele bezoldiging gerapporteerd	Individuele bezoldiging gerapporteerd
6	v (op dit moment echter sterk onderbelicht als gevolg van interim-bestuur)	v	v	v
7	v	v	v	v
8	v	v	v	respondent weet niet precies of het openbaar is
9	v	v	v	v (ziekenhuis wijkt af met benoemingstermijn RvT)
16	v (cliëntenraad heeft wel voordrachtsrecht)	v (uitzondering cliëntenraad)	v	v
17	v	v	v	v
18	v	v	v	v
20	v	v	v	v
25	v	v	v	v
26	v	v	v	gebeurt via adstructie die RvB communiceert

27	v	v (en aanwezigheid auditcommissie)	v	v
28	v (zeker interim-bestuur is zeer transparant. Bevordering kan volgens respondent altijd nog beter)	v	v	v
29	v	v	v	v
30	v	v	v	v

Zoals eveneens in paragraaf 6.1 is gebleken, handelen de ziekenhuizen in overeenstemming met de (standaard) aanbevelingen van health care governance. De lijst met aanbevelingen is tijdens de interviews redelijk snel door iedere respondent als voldaan afgevinkt. Het verschil tussen de onderzochte ziekenhuizen is in de interviews nader besproken.

### Ziekenhuis B

In Ziekenhuis B is health care governance al vanaf 2001 actueel. In dat jaar is het ziekenhuis gefuseerd. Als gevolg daarvan diende te worden nagedacht over de inrichting van de bestuursstructuur en het toezicht daarop. In 2006 is het ziekenhuis met een groot financieel verlies geconfronteerd. In 2007 zijn, als gevolg daarvan, de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht geheel vervangen. De Raad van Bestuur bestaat, op het moment van dataverzameling, uitsluitend uit interim-bestuurders. Door deze drastische wisselingen in het bestuur en in het toezicht van het ziekenhuis is health care governance weer actueel geworden. Dhr. van Riel communiceert dat hij van mening is dat feitelijk pas het laatste jaar enorme voortgang is gerealiseerd betreffende het toepassen van health care governance in de organisatie. In april 2007 hebben de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht eveneens gesproken met Pauline Meurs (voorzitter commissie health care governance) over de vormgeving van de governance code in het ziekenhuis.

In eerste instantie zijn de aanbevelingen betrokken bij de vormgeving van health care governance binnen ziekenhuis B. Voorts dient gezorgd te worden dat governance gaat leven in de organisatie. Dit vraagt tijd. Volgens dhr. van Riel zijn binnen ziekenhuis B duidelijk grote stappen gezet gericht op goede governance. Voorts is bij de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht draagvlak aanwezig zodat het eveneens echt kan worden gerealiseerd. Dhr. Maas communiceert eveneens dat de organisatie van mening is dat ze zeer transparant is, maar dat het uiteindelijk anderen zijn die beoordelen hoe transparant je daadwerkelijk bent.

### Ziekenhuis H

Ziekenhuis H is ongeveer drie jaar intensief bezig met health care governance. Gedurende deze drie jaar zijn veel verbeteringen doorgevoerd. Dit heeft eveneens geresulteerd in een eervolle vermelding tijdens de uitreiking van de F.G. Kordes prijs 2007 voor het meest

toegankelijke jaarverslag in de (semi) publieke sector. Het ziekenhuis kreeg deze vermelding omdat ze een uitzonderlijk grote verbetering hadden gerealiseerd in de verantwoording in jaarverslag 2006 (deloitte.com 2008).

Toen het ziekenhuis in eerste instantie met health care governance startte is vastgesteld wat al in de organisatie aanwezig was. Op basis van de zorgbrede governance code bleken vanzelf de gaten waar binnen het ziekenhuis aan gewerkt diende te worden. Veel elementen waren al wel gereguleerd maar nog niet in documenten vastgelegd. Nu alles is vastgelegd wordt gewerkt aan de governance zodat het niet uitsluitend op papier staat maar het eveneens in de genen van de mensen gaat zitten. Deze cultuurverandering beschrijft dhr. Verbeek in de volgende uitspraak:

*'Dat je op een aantal onderwerpen die zijn afgesproken verantwoording aflegt en dat dit navolgbaar is voor de gebruikers van het ziekenhuis. De medewerkers moeten eveneens verantwoording kunnen afleggen over wat zij doen. Je krijgt een andere cultuur waarbij de mensen van buiten naar binnen kunnen kijken maar waar je eveneens van binnen naar buiten moet leren kijken.'* (dhr. Verbeek)

#### Ziekenhuis X

Dhr. Dillman communiceert dat binnen ziekenhuis X de afgelopen drie jaar hard gewerkt is aan health care governance. Daarbij zijn in eerste instantie de aanbevelingen in de code vergeleken met de elementen die het ziekenhuis heeft en doet. Dit was deels met elkaar in overeenstemming. In navolging dienaangaande zijn aanpassingen uitgevoerd en in de organisatie geïmplementeerd teneinde te realiseren dat volledige overeenstemming bestond. Aan health care governance wordt in het bijzonder inhoud gegeven op bestuurlijk niveau. Lager in de organisatiestructuur wordt eveneens governance toegepast maar niet onder deze benaming. In de organisatie wordt gewerkt met resultaat verantwoordelijke eenheden (RVE) waarvoor de gewenste resultaten worden gedefinieerd. De Raad van Bestuur zou wellicht gekwalificeerd kunnen worden als de toezichthouder van deze RVE's.

Als belangrijkste elementen van health care governance binnen de organisatie communiceert Dhr. Dillman het risicomanagement en de patiëntveiligheid. Aan deze twee elementen wordt binnen ziekenhuis X veel aandacht besteed.

#### Ziekenhuis Q

Ziekenhuis Q heeft gericht op health care governance een vergelijkbare aanpak als besproken bij de andere hiervoor toegelichte ziekenhuizen. In eerste instantie is vastgesteld wat de bepalingen zijn in de governance code en op welke wijze die in de organisatie worden toegepast. Het ziekenhuis wijkt op één punt expliciet af van deze bepalingen. Dit betreft de maximale benoemingstermijn van bestuurders. Een lid uit de Raad van Toezicht in het

ziekenhuis Q kan een langere zittingsduur hebben dan de aanbevolen 2 x 4 jaar. Het ziekenhuis hecht zeer aan continuïteit bij gebleken geschiktheid. Naast deze bepalingen reikt de governance code verder.

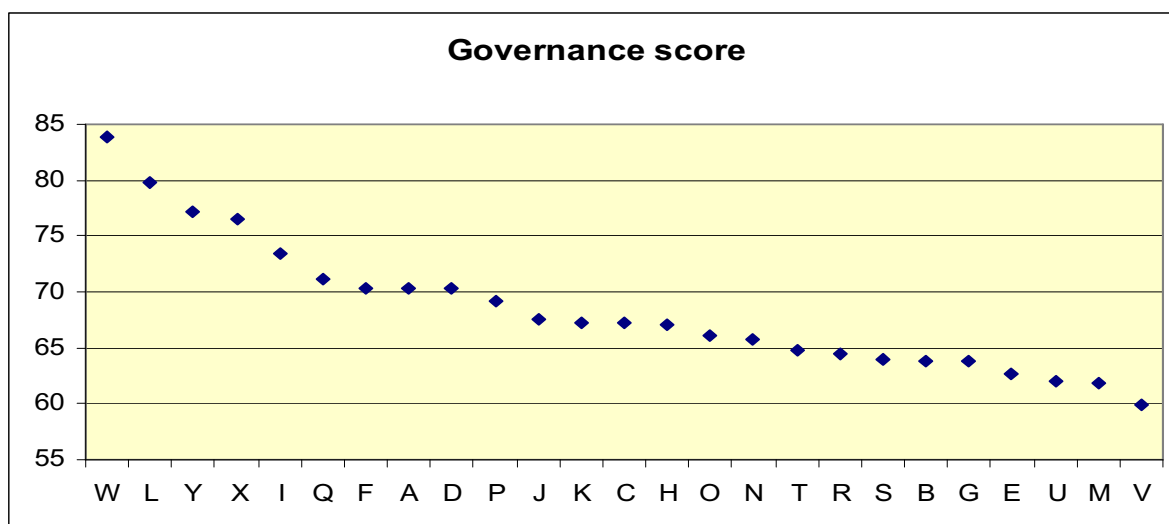
*'Belangrijk is dat governance tot uitdrukking komt in bestuur en in beheersen. Wij zijn steeds meer bezig met risicomangement, strak besturen en goed management. Dat is niet een punt van governance dat je op een lijstje kunt afvinken maar is wel een belangrijk element. Een belangrijk onderdeel is dat je de organisatie goed weet te besturen, rekening houdt met wat de maatschappij wil en dat je vervolgens die besturing kunt richten en beheersen.'* (Dhr. Schaepkens)

Dhr. Schaepkens communiceert vervolgens dat governance veel facetten van het bedrijf betreft. Veel mensen zijn actief met werkzaamheden die bijdragen aan governance zonder dat ze zich daar bewust van zijn. Dit is eveneens wat uiteindelijk 'good governance' is. De organisatie dient vanzelfsprekend transparant te zijn over het handelen zonder dat de medewerkers daar bij hoeven na te denken.

### 6.3 Conclusie

Deze conclusie betreft het antwoord op deelvraag 6 en 7 in dit onderzoek. Deelvraag 6 wordt in twee delen beantwoord. In eerste instantie worden de, in paragraaf 6.1 toegelichte, resultaten gericht op de mate van health care governance voor alle geselecteerde ziekenhuizen gepresenteerd. Vervolgens wordt de mate van health care governance van de vier nader onderzochte ziekenhuizen toegelicht. Het antwoord op deelvraag 7 bestaat uit een samenvoeging van de resultaten in hoofdstuk 5 en 6.

6. *Wat is de mate van health care governance bij (een aantal) algemene Nederlandse ziekenhuizen?*



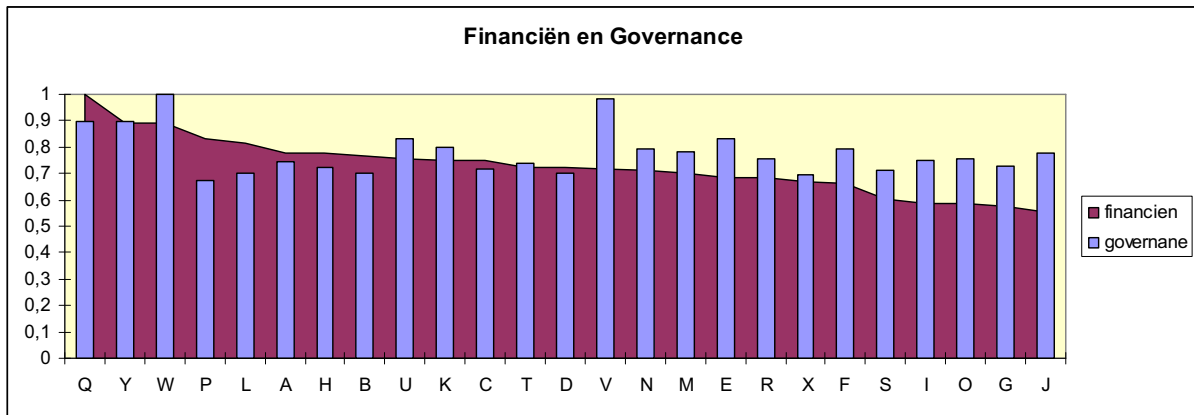
De governance score van de 25 in dit onderzoek betrokken algemene Nederlandse ziekenhuizen is in vorenstaande grafiek gepresenteerd. Geconcludeerd wordt dat de mate van health care governance, onderzocht op basis van de aanbevelingen en de bepalingen in de governance code, als goed mag worden gekwalificeerd. Indien echter extra of onderscheidende elementen in de norm worden betrokken is de governance in het merendeel van de onderzochte ziekenhuizen als slecht te kwalificeren. Veel van de onderzochte ziekenhuizen voldoen aan de regelgeving maar hebben moeite met de nadere vormgeving van health care governance binnen de organisatie.

Vorenstaande is eveneens te concluderen op basis van de bevindingen bij de geïnterviewde ziekenhuizen. Ieder ziekenhuis is gestart met het 'afvinken' van de bepalingen en de aanbevelingen uit de governance code. Op basis van de bevindingen wordt geconcludeerd dat zeker ziekenhuis X en ziekenhuis Q actief bezig zijn inhoud te geven aan het onderscheid vermogen. Voorts is duidelijk dat ziekenhuis H de juiste invulling van governance voor de instelling gevonden heeft en dat dienaangaande grote vorderingen worden gerealiseerd. Van de onderzochte ziekenhuizen is de mate van health care governance in ziekenhuis B als minst goed te kwalificeren. Na de bestuurscrisis is dat niet verwonderlijk. In dit ziekenhuis wordt actief gewerkt de juiste governance binnen de instelling vorm te geven.

*7. Is een relatie aanwezig tussen de berekende financiële positie en de mate van health care governance?*

In hoofdstuk 5 (§5.8) is de financiële positie van de 25 onderzochte ziekenhuizen ten opzichte van elkaar gepresenteerd. Daarbij is een score berekend op basis waarvan de ranking van 1 tot en met 25 aan de ziekenhuizen is toegekend. In §6.1.2 is gericht op health care governance een score berekend op basis waarvan een ranking van 1 tot en met 25 toegekend is aan de ziekenhuizen. Teneinde te onderzoeken of een relatie tussen beide bestaat zijn deze scores gewogen. Deze weging is toegepast teneinde vergelijk mogelijk te maken. Aan de beste scores is een waarde van 10 toegekend. Vervolgens zijn de andere scores berekend. Deze wegingen zijn te vinden in bijlage 13. In onderstaande grafiek zijn de scores gericht op de financiële positie en gericht op health care governance gepresenteerd.





Op basis van vorenstaande grafiek is te concluderen dat niet gesproken kan worden over de aanwezigheid van een duidelijke relatie tussen beide elementen. Het verloop van de scores van de ziekenhuizen op beide elementen is niet overeenkomstig. In de grafiek is waarneembaar dat de drie financieel best presterende ziekenhuizen eveneens een hoge score hebben gericht op health care governance. Eveneens is waarneembaar dat de scores van beide elementen bij een aantal ziekenhuizen zich dicht bij elkaar bevinden. De scores van ziekenhuis V zijn opmerkelijk te noemen. Dienaangaande bevindt de governance score zich ver boven de financiële score. Dit is bij ziekenhuizen met een vergelijkbare financiële positie niet waarneembaar.

## Hoofdstuk 7 – Conclusie

De conclusie van dit onderzoek wordt gepresenteerd door middel van de beantwoording van de deelvragen en de probleemstelling.

### 7.1 Beantwoording deelvragen

De beantwoording van de deelvragen bestaat uit een herhaling van de gerapporteerde antwoorden in de conclusie van de voorgaande hoofdstukken.

#### 1. *Wat is de inhoud van het begrip health care governance?*

De definitie van health care governance:

‘Een stelsel van spelregels en omgangsvormen voor goed bestuur van en goed toezicht op zorgorganisaties, en van adequate verantwoording aan en beïnvloeding door belanghebbenden van de wijze waarop de zorgorganisatie haar doelen realiseert en kwalitatief verantwoorde en doelmatige zorg levert.’ (Health care governance 1999:20).

Governance is eveneens te formuleren als ‘het harmonieuze samenspel van sturen, beheersen, toezicht houden en verantwoorden’ (Deloitte 2005)

#### 2. *Welke elementen zijn relevant teneinde de mate van health care governance binnen algemene Nederlandse ziekenhuizen vast te stellen?*

De commissie health care governance heeft een aantal aanbevelingen vormgegeven die in deze studie worden toegepast teneinde de mate van health care governance vast te stellen. De aanbevelingen 1-9, 16-18, 20 en 25-30 worden toegepast teneinde de vragenlijsten voor de semi-gestructureerde interviews in de zorginstellingen vorm te geven. Mede op basis daarvan wordt vastgesteld of de geselecteerde instellingen deze aanbevelingen in de organisatie toepassen.

#### 3. *Wat zijn relevante parameters op basis waarvan de financiële positie van algemene Nederlandse ziekenhuizen dient te worden beoordeeld?*

De relevante parameters op basis waarvan de financiële positie kan worden beoordeeld zijn de liquiditeit, de solvabiliteit en de rentabiliteit. De liquiditeit betreft de mate waarin het ziekenhuis in staat is aan de korte termijn verplichtingen te voldoen. De solvabiliteit betreft het weerstandsvermogen van de organisatie. De rentabiliteit betreft het netto inkomen dat met het totale gemiddelde geïnvesteerde vermogen in een verslagjaar is gerealiseerd. Voorts zijn eveneens de baten per fte, het bedrijfsresultaat en de baten per bed van belang. Deze parameters worden toegepast betreffende de jaren 2005, 2006 en 2007. Als gevolg

daarvan worden eventuele afwijkende jaren afgevlakt en kan een goed evenwichtig beeld worden gecreëerd van de financiële situatie in de geselecteerde instellingen. Daarnaast wordt vastgesteld of een participatiegraad in het Waarborgfonds Zorgsector (WfZ) invloed heeft op de financiële positie. Het WfZ beoordeelt zelf de instellingen die communiceren deel te willen nemen in het fonds als gevolg waarvan ze dienen te voldoen aan een aantal vooraf vastgestelde eisen.

4. *Op basis waarvan kan onderbouwd worden dat een mogelijke relatie bestaat tussen health care governance en de financial performance?*

Health care governance betreft goed bestuur, toezicht en verantwoording. Als gevolg van de veranderende wet- en regelgeving krijgt het bestuur van een ziekenhuis steeds meer invloed op de financiën van de organisatie. Indirect kan health care governance daar invloed op uitoefenen. Voorts is het bij de kredietbeoordeling door een financiële dienstverlener gebruikelijk eveneens het management van de organisatie te beoordelen voordat een krediet wordt verstrekt. Op basis daarvan wordt vastgesteld dat de financiële dienstverlener de aanwezigheid van de invloed van het management op de financiële situatie onderkent.

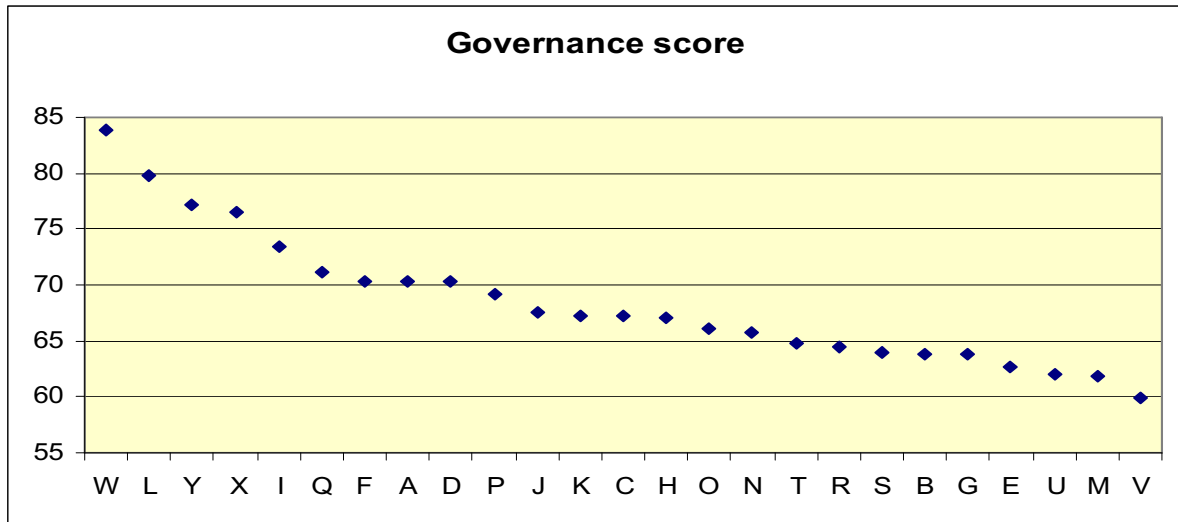
5. *Wat is de financiële positie van (een aantal) algemene Nederlandse ziekenhuizen?*

In de volgende tabel zijn de financiële posities met toepassing van de wegingsfactoren van de 25 onderzochte ziekenhuizen ten opzichte van elkaar gepresenteerd.

Positie	Ziekenhuis	Solvabiliteit	Liquiditeit	RTV	Baten per fte	Bedrijfsresultaat	baten per bed	Score
1	Q	8,9	8,6	10,2	9,4	6,9	6,2	50,2
2	Y	0,8	9,2	11,6	8,4	9,8	5,0	44,7
3	W	5,6	7,9	10,1	8,9	6,7	5,4	44,7
4	P	1,4	5,8	10,2	9,4	10,0	4,8	41,6
5	L	2,3	7,8	6,7	10,0	6,7	7,5	40,9
6	A	1,9	7,8	8,0	7,7	8,1	5,5	39,0
7	H	3,9	6,4	11,2	8,0	4,9	4,4	38,9
8	B	2,2	6,7	7,8	8,0	9,1	4,6	38,4
9	U	3,1	8,2	8,1	8,8	5,1	4,6	37,9
10	K	4,2	5,2	7,8	8,5	6,8	5,2	37,7
11	C	2,6	7,3	7,1	8,2	6,3	6,0	37,6
12	T	3,2	4,6	9,1	7,4	7,2	4,8	36,3
13	D	2,4	6,3	5,1	9,5	6,3	6,6	36,2
14	V	3,6	6,5	8,3	7,7	5,1	4,9	36,1
15	N	1,8	5,8	7,5	7,8	7,2	5,7	35,8
16	M	2,3	1,6	6,9	6,5	7,8	10,0	35,2
17	E	1,5	7,4	8,5	8,0	4,9	4,2	34,4
18	R	1,2	7,0	7,1	8,1	6,5	4,4	34,3
19	X	2,5	6,0	7,2	9,1	2,8	5,9	33,4
20	F	3,0	4,6	9,8	7,5	5,0	3,4	33,2
21	S	6,6	6,4	4,0	7,5	1,7	4,1	30,3
22	I	7,9	9,1	1,3	7,3	0,4	3,6	29,6
23	O	3,6	6,3	5,6	7,5	2,3	4,1	29,4

24	G	3,0	8,3	4,2	8,2	1,6	3,7	29,0
25	J	1,6	7,3	3,3	7,7	2,6	5,4	27,9

6. *Wat is de mate van health care governance bij (een aantal) algemene Nederlandse ziekenhuizen?*

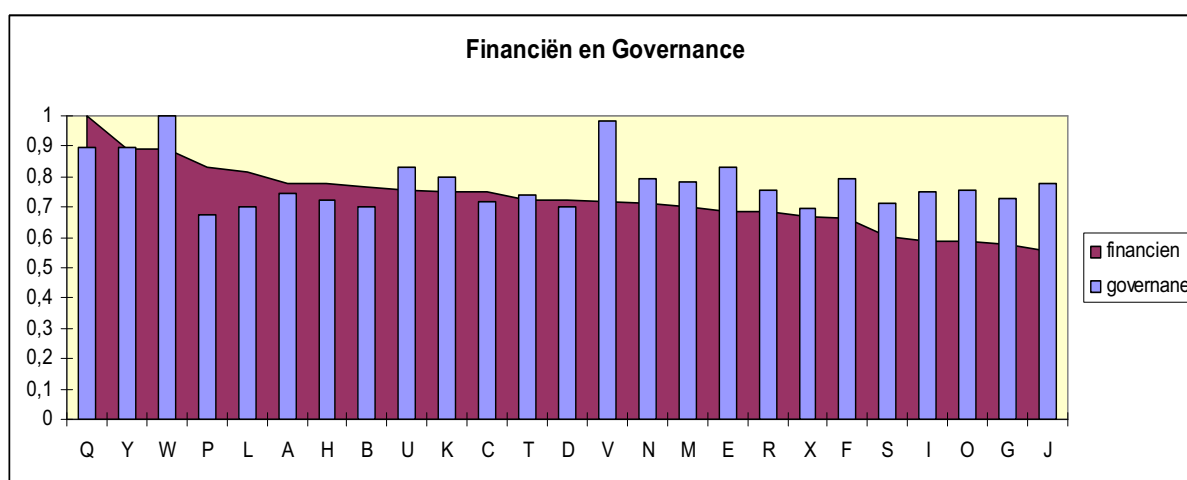


De governance score van de 25 in dit onderzoek betrokken algemene Nederlandse ziekenhuizen is in vorenstaande grafiek gepresenteerd. Geconcludeerd wordt dat de mate van health care governance, onderzocht op basis van de aanbevelingen en de bepalingen in de governance code, als goed mag worden gekwalificeerd. Indien echter extra of onderscheidende elementen in de norm worden betrokken is de governance in het merendeel van de onderzochte ziekenhuizen als slecht te kwalificeren. Veel van de onderzochte ziekenhuizen voldoen aan de regelgeving maar hebben moeite met de nadere vormgeving van health care governance binnen de organisatie.

Vorenstaande is eveneens te concluderen op basis van de bevindingen bij de geïnterviewde ziekenhuizen. Ieder ziekenhuis is gestart met het 'afvinken' van de bepalingen en de aanbevelingen uit de governance code. Op basis van de bevindingen wordt geconcludeerd dat zeker ziekenhuis X en ziekenhuis Q actief bezig zijn inhoud te geven aan het onderscheid vermogen. Voorts is duidelijk dat ziekenhuis H de juiste invulling van governance voor de instelling gevonden heeft en dat dienaangaande grote vorderingen worden gerealiseerd. Van de onderzochte ziekenhuizen is de mate van health care governance in ziekenhuis B als minst goed te kwalificeren. Na de bestuurscrisis is dat niet verwonderlijk. In dit ziekenhuis wordt actief gewerkt de juiste governance binnen de instelling vorm te geven.

7. *Is een relatie aanwezig tussen de berekende financiële positie en de mate van health care governance?*

In hoofdstuk 5 (§5.8) is de financiële positie van de 25 onderzochte ziekenhuizen ten opzichte van elkaar gepresenteerd. Daarbij is een score berekend op basis waarvan de ranking van 1 tot en met 25 aan de ziekenhuizen is toegekend. In §6.1.2 is gericht op health care governance een score berekend op basis waarvan een ranking van 1 tot en met 25 toegekend is aan de ziekenhuizen. Teneinde te onderzoeken of een relatie tussen beide bestaat zijn deze scores gewogen. Deze weging is toegepast teneinde vergelijk mogelijk te maken. Aan de beste scores is een waarde van 10 toegekend. Vervolgens zijn de andere scores berekend. Deze wegingen zijn te vinden in bijlage 13. In onderstaande grafiek zijn de scores gericht op de financiële positie en gericht op health care governance gepresenteerd.



Op basis van vorenstaande grafiek is te concluderen dat niet gesproken kan worden over de aanwezigheid van een duidelijke relatie tussen beide elementen. Het verloop van de scores van de ziekenhuizen op beide elementen is niet overeenkomstig. In de grafiek is waarneembaar dat de drie financieel best presterende ziekenhuizen eveneens een hoge score hebben gericht op health care governance. Eveneens is waarneembaar dat de scores van beide elementen bij een aantal ziekenhuizen zich dicht bij elkaar bevinden. De scores van ziekenhuis V zijn opmerkelijk te noemen. Dienaangaande bevindt de governance score zich ver boven de financiële score. Dit is bij ziekenhuizen met een vergelijkbare financiële positie niet waarneembaar.

## **7.2 Beantwoording probleemstelling**

Na beantwoording van de deelvragen wordt antwoord gegeven op de probleemstelling die geformuleerd is in hoofdstuk 2. De formulering is als volgt

*Op welke wijze beïnvloedt het goed naleven van health care governance de financiële positie van algemene Nederlandse ziekenhuizen?*

De elementen health care governance en financiële positie zijn niet eenvoudig te formuleren. Beide elementen bevatten veel facetten van de bedrijfsvoering in algemene Nederlandse ziekenhuizen. Als gevolg daarvan is geen eenduidig antwoord te geven op de geformuleerde probleemstelling. Deze conclusie bevat als gevolg daarvan een aantal mogelijkheden waarop beide elementen elkaar beïnvloeden.

Een duidelijke directe relatie tussen beide elementen is niet aan te tonen. Wel valt uit de resultaten van dit onderzoek te concluderen dat health care governance en de financiële positie van algemene Nederlandse ziekenhuizen beide dienen te worden verbeterd. De financiële ratio's zijn over het algemeen slecht te noemen. De gewenste solvabiliteit van 30% en de gewenste liquiditeit van 1 worden niet tot nauwelijks door de onderzochte ziekenhuizen behaald. Voor de mate van health care governance geldt dat de ziekenhuizen wel grotendeels aan de regelgeving voldoen maar niet actief bezig zijn governance door te ontwikkelen waarmee onderscheidend vermogen vormgegeven kan worden.

Een markt met gereguleerde marktwerking vraagt meer transparantie in de bedrijfsvoering van de ziekenhuizen. Als gevolg van de beoogde grotere concurrentie op de zorgmarkt wordt het implementeren en het handhaven van een goede governance belangrijker. Daarnaast nemen de risico's voor de ziekenhuizen toe waarbij een sterkere financiële positie noodzakelijk is.

Health care governance komt tot uiting in diverse processen die zorgdragen voor het 'in control' houden van de organisatie en heeft als gevolg daarvan dienaangaande een positieve invloed. Dit wordt vooral veroorzaakt door het intern sturen en beheersen. De facetten sturen en beheersen (planning & control, risicobeheersing) kunnen verbeterd worden in de meeste onderzochte ziekenhuizen. In de jaarverslagleggingen zijn deze facetten minimaal beschreven waaruit blijkt dat veel ziekenhuizen dit niet goed op orde hebben. De externe component van governance (toezicht en verantwoording) is in de meeste gevallen beter vormgegeven. Het bestuur van een ziekenhuis krijgt steeds meer invloed op het financiële beleid. Indirect kan health care governance daar invloed op uitoefenen. Wanneer een ziekenhuis 'in control' is zijn de financiële uitkomsten geen 'toevalstreffers' maar resultaat

van het gevoerde beleid. Daarnaast zorgt het opstellen van een concreet financieel meerjarenperspectief ervoor dat het ziekenhuis beter beheersbaar is. De financiële risico's worden aan de hand van risicomanagement tijdig onderkend en kunnen afgedekt worden. Dit meerjarenperspectief zorgt eveneens voor een goed inzicht in de financiële bedrijfsvoering voor de Raad van Toezicht. Wanneer de Raad van Toezicht meer inzicht heeft in de financiële bedrijfsvoering op de lange termijn is daar eveneens de mogelijkheid concrete doelstellingen te formuleren voor de Raad van Bestuur. Als gevolg daarvan heeft de Raad van Toezicht de mogelijkheid de Raad van Bestuur af te rekenen wanneer deze doelstellingen niet behaald worden. Transparantie in het gevoerde beleid en het formuleren van concrete doelstellingen hebben waarschijnlijk een positieve invloed op het behalen van de doelstellingen. Het behalen van de doelstellingen heeft vervolgens een positieve invloed op de financiën van het ziekenhuis.

## Hoofdstuk 8 – Discussie en aanbevelingen

De aanbevelingen die volgen uit dit onderzoek kunnen niet zondermeer gemaakt worden. Eerst dient geanalyseerd te worden wat de positieve elementen en beperkingen zijn van dit onderzoek. Deze analyse is gerapporteerd in paragraaf 8.1. Vervolgens worden in paragraaf 8.2 verschillende aanbevelingen gedaan. Deze aanbevelingen zijn verdeeld in aanbevelingen gericht op de algemene Nederlandse ziekenhuizen en aanbevelingen gericht op vervolgonderzoek.

### 8.1 Discussie

De discussie presenteert eerst de positieve elementen van het onderzoek en vervolgens de beperkingen.

#### Positieve elementen

In dit onderzoek zijn health care governance en de financiën van algemene Nederlandse ziekenhuizen voor het eerst aan elkaar gerelateerd. Als gevolg daarvan is dit onderzoek een verrijking. Enkele respondenten communiceerde dat het een interessant onderzoekgebied is dat meer onderzoek vraagt.

De mate van health care governance is in dit onderzoek onderzocht op basis van het ontworpen framework. Dit framework onderzoekt niet alle aspecten van health care governance maar voor de aspecten die onderzocht worden is weinig ruimte voor subjectiviteit. Waardoor de betrouwbaarheid van de uitkomsten in dit onderzoek vergroot wordt.

De financiële analyse is gebaseerd op drie jaren. Als gevolg daarvan worden eventuele afwijkende jaren afgevlakt en kan een goed evenwichtig beeld worden gecreëerd van de financiële situatie in de geselecteerde instellingen. De invloed van incidentiele mee- en tegenvallers in de financiën wordt geminimaliseerd.

De respondenten die hun medewerking hebben verleend aan dit onderzoek hebben allemaal zeer uitvoerig gesproken over het onderwerp. Daardoor is een goed beeld gevormd betreffende de vormgeving van governance in de vier nader onderzochte ziekenhuizen. Voorts hebben de interviews met dhr. Gupta en dhr. Sinnema bijgedragen aan het verkrijgen van aanvullende informatie over het onderwerp. Een kijk op governance van buiten de ziekenhuizen is van toegevoegde waarde geweest voor dit onderzoek.



### Beperkingen

De eerste opzet van dit onderzoek is niet gerealiseerd. Deze opzet bestond uit het uitvoeren van semi-gestructureerde interviews bij de ziekenhuizen die in de financiële analyse de posities 1,2, 24 en 25 hebben. Op deze manier was een duidelijk onderscheid toe te passen tussen de financiële prestaties en de vormgeving van health care governance. Het verzoek voor een afspraak is echter bij een aantal ziekenhuizen afgewezen. Daardoor was deze onderzoeksopzet niet realiseerbaar. Als gevolg daarvan is de toegevoegde waarde van de uitgevoerde interviews bij de ziekenhuizen verkleind.

De tweede beperking van dit onderzoek is dat geen leden van Raden van Toezicht zijn geïnterviewd. De Raad van Toezicht is een belangrijk orgaan betreffende health care governance echter in dit onderzoek is het inzicht van dit orgaan niet betrokken. Eveneens is een beperking dat in één van de vier bezochte ziekenhuizen niet met een lid van de Raad van Bestuur is gesproken maar met de manager financiën & informatievoorziening.

Een andere beperking is dat door de selectie van de 25 ziekenhuizen geen totaalbeeld is ontstaan van health care governance en de financiën in de Nederlandse zorgsector. Eveneens dient gerapporteerd te worden dat de afbakening van ziekenhuizen met een beddenaantal tussen de 400 en 600 foutief is verlopen. Het beddenaantal fluctueert binnen de drie onderzochte jaren en bij de geselecteerde ziekenhuizen zijn instellingen aanwezig met een beddenaantal dat zich niet binnen de afbakening bevindt. Deze afbakening is tot stand gekomen op basis van foutieve informatie en het gebrek van een dubbele controle door de onderzoeker. Als gevolg daarvan is de vergelijking tussen de instellingen enigszins vertekend.

Eveneens is te rapporteren dat de financiële analyse gebaseerd is op de verantwoording betreffende de jaren 2005, 2006 en 2007, echter de mate van health care governance is uitsluitend onderzocht op basis van de jaarverslaglegging 2007. Eveneens zijn de interviews uitgevoerd in het eerste halfjaar 2008. De financiën van ziekenhuizen en de vormgeving van governance zijn in beweging. De resultaten in dit onderzoek zijn momentopnamen op verschillende momenten. Dit heeft invloed op de analyse gericht op de relatie tussen diverse momentopnamen.

De laatste beperking is dat de vaststelling van health care governance in dit onderzoek niet volledig is. Governance is lastig operationaliseerbaar voor onderzoek. Het bevat veel facetten van de bedrijfsvoering en is niet uitsluitend te onderzoeken op basis van de jaarverslagleggingen of op basis van interviews met bestuurders. Governance bestaat uit

meer facetten dan in dit onderzoek zijn belicht. Als gevolg daarvan kan uitvoeriger onderzoek tot een andere uitkomst leiden dan in dit onderzoek.

## **8.2 De aanbevelingen**

De aanbevelingen zijn onderverdeeld in aanbevelingen gericht op de zorgsector en aanbevelingen gericht op vervolgonderzoek.

### *8.2.1 Aanbevelingen gericht op de zorgsector*

- Ziekenhuizen dienen meer aandacht te besteden aan de intern gerichte aspecten van health care governance. Het intern sturen en beheersen en de verantwoording betreffende deze aspecten dient in veel ziekenhuizen te worden verbeterd. Als gevolg van de verbetering in deze aspecten wordt het onderscheidend vermogen betreffende governance in de algemene Nederlandse ziekenhuizen vergroot. Dit onderscheidend vermogen is momenteel niet tot nauwelijks aanwezig.
- De financiële positie van de algemene Nederlandse ziekenhuizen dient sterk te worden verbeterd. Door de steeds groter wordende risico's is een dergelijke verbetering noodzakelijk. De huidige solvabiliteit- en liquiditeitsratio's van algemene Nederlandse ziekenhuizen zijn onvoldoende gericht op de huidige en toekomstige marktontwikkelingen. Eveneens dient het risicomanagement in de ziekenhuizen te worden verbeterd.
- Ziekenhuizen dienen concrete financiële meerjarenplannen vast te stellen. Op basis daarvan wordt inzicht verkregen in toekomstige risico's. Eveneens bieden deze plannen de Raad van Toezicht meer inzicht in de financiële bedrijfsvoering. Meer inzicht voor de Raad van Toezicht wordt eveneens verkregen door middel van concrete en transparante doelstellingen. Als gevolg daarvan kan 'verkeerd bestuur' eerder worden gesignaleerd.
- De vorenstaande aanbevelingen vereisen andere competenties van de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht. Het is essentieel dat deze competenties ontwikkeld worden. De Raad van Bestuur dient het ziekenhuis beter te sturen en te beheersen en dienaangaande voldoende transparant te zijn in de bedrijfsvoering. De Raad van Toezicht dient capabel te zijn de verkregen informatie juist te interpreteren en de juiste vragen te stellen. Als gevolg van deze veranderingen worden health care governance en de financiën binnen het ziekenhuis verbeterd.

### *8.2.2 Aanbevelingen gericht op vervolgonderzoek*

- In dit onderzoek zijn niet alle aspecten van health care governance en de financiën van algemene Nederlandse ziekenhuizen onderzocht. Grootschaliger onderzoek naar

health care governance en de financiën in de Nederlandse zorgsector is als gevolg daarvan gewenst. Daarbij kunnen ondermeer aspecten van beide begrippen belicht worden of kan gekozen worden voor een andere afbakening van instellingen. Bijvoorbeeld uitgebreid onderzoek naar health care governance en het verband met de financiën in Universitair medische centra of bij verpleeg- en verzorgingstehuizen is een mogelijkheid voor vervolgonderzoek.

- Dit onderzoek heeft governance onderzocht op basis van de jaarverslaglegging 2007 en een viertal interviews in ziekenhuizen. De complete vormgeving van health care governance in de ziekenhuizen is als gevolg daarvan niet belicht. Een casestudie waarbij in één instelling zeer uitvoerig onderzoek wordt gedaan naar de vormgeving van health care governance is een aanbeveling. Daarbij kan contact gelegd worden met de Raad van Bestuur, de Raad van Toezicht, diverse commissies en de medewerkers van het ziekenhuis.
- In dit onderzoek is de vormgeving van health care governance vanuit de ziekenhuizen geanalyseerd. Het uitvoeren van onderzoek naar de visie van externe actoren in de gezondheidszorg gericht op governance is eveneens een interessant onderzoeksgebied. Dienaangaande kunnen accountants, consultants, verzekeraars, patiëntenverenigingen en financiële dienstverleners worden benaderd.
- In dit onderzoek is de discussie betreffende de bestuursstructuur beknopt toegelicht. In algemene Nederlandse ziekenhuizen is een two-tier board de standaard. Aanbevolen wordt nader onderzoek uit te voeren gericht op de bestuursstructuur in algemene Nederlandse ziekenhuizen. In het bijzonder kan de keuze en inhoud van een two-tier en een one-tier board (vanuit Amerika en Engeland) belicht worden.
- In hoofdstuk 3 van dit onderzoek is aandacht besteed aan de kredietbeoordeling en de invloed van het bestuur op de financiën van de zorgorganisatie. Dit is niet nader in dit onderzoek belicht. Nader onderzoek naar deze elementen wordt als gevolg daarvan aanbevolen.

## Literatuurlijst

- Baarda, D.B., de Goede, M.P.M. (1990). *Basisboek methoden en technieken: praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek*. Stenfert Kroese uitgevers, Leiden.
- Balen, A. van (2007). Fortis Health Care, *Marktwerving in de zorg: effect op risicobeoordeling*. Presentatie Erasmus Universiteit Rotterdam ten behoeve van Integrale zorg, Gezondheidswetenschappen. 14 mei 2007
- Boerakker, I., Friele, R.D., Otten, R. (2005). *Waaruit bestaat het zorgaanbod?* In: Brancherapporten VWS. Den Haag : <http://www.brancherapporten.minvws.nl> > De VWS-sectoren\Cure\, 13 mei 2005.
- Brancheorganisaties Zorg (2005). *Zorgbrede Governancecode*. Utrecht, 19 december 2005. via: [http://www.nfu.nl/fileadmin/documents/Governance\\_code\\_Boz.pdf](http://www.nfu.nl/fileadmin/documents/Governance_code_Boz.pdf)
- Commissie Health Care Governance (1999) *Health care governance; Aanbevelingen voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording in de Nederlandse gezondheidszorg*. C3 adviseurs en managers. Leusden
- Commissie Corporate Governance (2008).  
Via <http://www.commissiecorporategovernance.nl/> (bezocht januari 2008)
- Creswell, J.W. (2003). *Research design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. California: Sage Publications, Inc.
- Deloitte, branchegroep gezondheidszorg (2005). *Grip op Governance in de Zorg; Handvatten voor prestatiesturing en risicobeheersing*. Rotterdam, augustus 2005.
- Deloitte.com (2008). *Jaarverslag Groene Hart Ziekenhuis in de prijzen*.  
Via: <http://www.deloitte.com/dtt/article/0,1002,cid%253D183895,00.html> (bezocht juni 2008)
- DNB (2007). *De Nederlandsche Bank Jaarverslag 2006*. Uitgebracht in de Algemene Vergadering van Aandeelhouders op 4 april 2007. Amsterdam.

- Eijnsink, G., Dijkstra, L. (2007). *De kansen van de markt. ABN AMRO kent de vraagstukken van zorgondernemers*. In: ZorgInZicht. Nr.2 juni 2007.

(ZorgInZicht is een publicatie van de afdeling Sector Research van ABN AMRO in samenwerking met Public Sector Nederland).

- Elsinga, E., van der Meer G.A.M. (1998). *De rol van banken*. In: Elsinga, E., van Montfort, A.P.W.P. *Zorg voor geld. Financieel beleid en toezicht bij zorginstellingen*. Nzi. (pagina 63-83)

- Ernst & Young (2006). *Corporate Governance Zorginstellingen, Jaarverslagen 2005 – meting 2006; Kwaliteit jaarverslagen zorginstellingen steeds beter*.

- Ernst & Young (2005). *Meer aandacht voor corporate governance bij zorginstellingen; ziekenhuizen volgen trend bedrijfsleven*.

Via:[http://www.hvg.nl/download/publicatie/Health Sciences Corporate governance in de zorg.pdf](http://www.hvg.nl/download/publicatie/Health_Sciences_Corporate_governance_in_de_zorg.pdf)

- Griffioen, W. (2008). *Strategische positie vastgoed*.

Via:[www.diedenoortalumni.nl/download/Strategisch%20Vastgoed%20-%20Wessel%20Griffioen.ppt](http://www.diedenoortalumni.nl/download/Strategisch%20Vastgoed%20-%20Wessel%20Griffioen.ppt) (Bezocht maart 2008)

- Gupta Strategists (2007). *Zicht op bestuur*; studie voor de Raad van Toezicht over de relatie tussen de prestatie en de samenstelling, wisseling en beloning van ziekenhuisbestuur. (april 2007).

Via: [http://www.gupta-strategists.nl/public/data/m\\_onswerk.php?status=show&id=16](http://www.gupta-strategists.nl/public/data/m_onswerk.php?status=show&id=16)

- Hoogervorst (2004). *Toespraak van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, H. Hoogervorst, bij het diner van het waarborgfonds*. Hilversum, 22 november 2004

<http://www.minvws.nl/toespraken/mc/2004/financile-positie-zorginstellingen-en-kwaliteit-management-steeds-belangrijker.asp>

- Hoogervorst, H. (2005). Ministerie van Volksgezondheid welzijn en sport; *Brief betreffende stand van zaken health care governance*. 5 juli 2005

Via:<http://www.minvws.nl/kamerstukken/mc/2005/stand-van-zaken-health-care-governance.asp>

- Investopedia (2008). *Term financial performance*.

Via: <http://www.investopedia.com/terms/f/financialperformance.asp>

- Koetzier, W., Epe, P. (2003). *Bedrijfseconomie in perspectief, Waarde en winst*. Wolters Noordhoff. Groningen/Houten.

- Lamsberg, R.C. (2007). *IFRS & Corporate Governance Code; Geschied als keurmerk voor een bankkrediet*. Masterscriptie Financieel Recht aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

- Lapré, R. van Montfort, G. (2001). *Bedrijfseconomie van de gezondheidszorg*. Elsevier gezondheidszorg, Maarssen.

- Luursema, M., Twist, M. van, Beemer, F., Timmerman, R., Gronheid, F. (2003). *Toekomst voor raden van Toezicht? Corporate governance in de publieke sector in vergelijkend perspectief*. Assen – Koninklijke Van Gorcum

- Ministerie VWS (2007). *Ziekenhuizen op weg naar vrije prijzen*. Toespraak minister Klink op een symposium ter ere van de 25<sup>e</sup> verjaardag van het iBMG in Rotterdam, 22 november 2007. Via [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)

- Ministerie VWS (2008a). Dossier Diagnose Behandeling Combinatie (DBC). <http://www.minvws.nl/dossiers/dbc/> (bezoekt, januari, 2008)

- Ministerie VWS (2008b). Dossier WTZi. <http://www.minvws.nl/dossiers/wtzi/> (bezoekt, januari 2008)

- NZa (2007). Uitvoeringstoets. 'Op weg naar vrije prijzen; Maatstafconcurrentie voor medisch specialistische zorg.' April 2007.

- PricewaterhouseCoopers (2007). *Financieel Brancherapport Ziekenhuizen en UMC's; analyseresultaten cijfers 2006*.

- PricewaterhouseCoopers (2008). *Governance Review; Een bouwwerk voor toezichthouders in de (semi)publieke sector*. Februari 2008.

- RIVM (2006). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.zorgatlas.nl>> versie 3.7, 14 september 2006

- Vos, M. (2007). 'Het nieuwe MCRZ.' Bachelorscriptie Gezondheidswetenschappen, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Vos, P. (2005). *Bankkrediet: macht of onmacht*. Controlling in de praktijk. Kluwer
- Waarborgfonds voor de Zorgsector (2008). Via: <http://www.wfz.nl/> (bezocht, januari 2008)
- Westert GP, Verkleij H (2006). *Waarom en hoe meten we de financiële positie van zorginstellingen?* In: *Zorgbalans*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.gezondheidszorgbalans.nl>> Kosten\ Financiële positie zorginstellingen, 24 mei 2006.
- Zelman, W.N., McCue, M.J., Millikan, A.R. (1998). *Financial management of Health care organizations; An introduction to Fundamental Tools, Concepts, and Applications*. Blackwell Publishers Inc., Malden, USA
- ziekenhuizen transparant.nl. *Website prestatie-indicatoren Nederlandse ziekenhuizen NVZ databank kwaliteit*. Via: <http://ziekenhuizen transparant.nl/> (bezocht juni 2008)
- Jaarverslagleggingen van de 25 onderzochte ziekenhuizen:  
Jaarverslagen 2007 en jaarrekeningen 2005, 2006 en 2007  
<http://www.desan.nl/net/DoSearch/Search.aspx>

Ook te vinden op onderstaande sites:

Albert schweizer	<a href="http://www.jaarverslag.asz.nl/2006/home.php">http://www.jaarverslag.asz.nl/2006/home.php</a>
Amphia	<a href="http://www.amphia.nl/organisatie/organisatie/publicaties/jaarverslag2006/">http://www.amphia.nl/organisatie/organisatie/publicaties/jaarverslag2006/</a>
Bronovo	<a href="http://www.bronovo.nl/Bronovo/nl-NL/bronovo/Over+Bronovo/Publicaties/Jaarverslag/Stichting">http://www.bronovo.nl/Bronovo/nl-NL/bronovo/Over+Bronovo/Publicaties/Jaarverslag/Stichting</a>
Deventer Ziekenhuisgroep	<a href="http://www.dz.nl/">http://www.dz.nl/</a>
Diakonessenhuis	<a href="http://www.diakonessenhuis.nl/">http://www.diakonessenhuis.nl/</a>
Laurentius Ziekenhuis	<a href="http://www.lzr.nl/">http://www.lzr.nl/</a>
TweeSteden ziekenhuis	<a href="http://www.tweestedenziekenhuis.nl/">http://www.tweestedenziekenhuis.nl/</a>
Orbis Medisch en Zorgconcern	<a href="http://www.orbisconcern.nl/">http://www.orbisconcern.nl/</a>
Slingeland Ziekenhuis	<a href="http://www.slingeland.nl/">http://www.slingeland.nl/</a>
Spaarne Ziekenhuis	<a href="http://www.spaarneziekenhuis.nl/">http://www.spaarneziekenhuis.nl/</a>
Zaans Medisch Centrum	<a href="http://www.zaansmedischcentrum.nl/">http://www.zaansmedischcentrum.nl/</a>
Rijnland Ziekenhuis	<a href="http://www.rijnlandzorggroep.nl/">http://www.rijnlandzorggroep.nl/</a>
Máxima Medisch Centrum	<a href="http://www.mmc.nl/">http://www.mmc.nl/</a>
Franciscus Ziekenhuis	<a href="http://franciscus.ziekenhuis.nl/">http://franciscus.ziekenhuis.nl/</a>
Groene Hart Ziekenhuis	<a href="http://www.ghz.nl/">http://www.ghz.nl/</a>

Ziekenhuis De Gelderse Vallei	<a href="http://www.geldersevallei.nl/">http://www.geldersevallei.nl/</a>
Westfries Gasthuis	<a href="http://www.westfriesgasthuis.nl/">http://www.westfriesgasthuis.nl/</a>
Elkerliek Ziekenhuis	<a href="http://www.elkerliek.nl/">http://www.elkerliek.nl/</a>
Medisch Centrum Haaglanden	<a href="http://www.mchaaglanden.nl/">http://www.mchaaglanden.nl/</a>
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis	<a href="http://www.olvg.nl/">http://www.olvg.nl/</a>
St. Lucas Andreas Ziekenhuis	<a href="http://www.slaz.nl">http://www.slaz.nl</a>
VieCuri Medisch Centrum	<a href="http://www.viecuri.nl/">http://www.viecuri.nl/</a>
Atrium Medisch Centrum	<a href="http://www.atriummc.nl/">http://www.atriummc.nl/</a>
St. Antonius Ziekenhuis	<a href="http://www.antonius.net/">http://www.antonius.net/</a>
Catharina Ziekenhuis	<a href="http://www.catharina-ziekenhuis.nl/">http://www.catharina-ziekenhuis.nl/</a>