

ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM

Erasmus School of Economics

**De mate van informatieverstrekking in het jaar- en bestuursverslag over  
het nakomen van de Governancecode Zorg en het verband met de  
financiële positie en kwaliteit van zorg van Nederlandse ziekenhuizen**

*Bachelorscriptie Economie en Bedrijfseconomie*

Naam student: Lonneke Sarah Wiezer

Studentnummer: 416573

Begeleider: prof. dr. J.P.M. Suijs

Tweede beoordelaar: onbekend

Datum definitieve versie: 1 juli 2019

Het geschrevene in deze scriptie is de opvatting van de auteur en niet noodzakelijk die van Erasmus School of Economics of Erasmus Universiteit Rotterdam.

## Inhoudsopgave

1. Inleiding .....	3
2. Governance in algemene Nederlandse ziekenhuizen.....	6
2.1 De Nederlandse Corporate Governance Code .....	6
2.1.1 Reikwijdte en naleving van de Corporate Governance Code .....	6
2.1.2 Principes uit de Corporate Governance Code .....	6
2.2 Governancecode Zorg .....	8
2.2.1 Reikwijdte en naleving van de Governancecode Zorg .....	8
2.1.2 Principes uit de Governancecode Zorg .....	8
2.3 Belangrijkste overeenkomsten en verschillen.....	10
3. De financiële positie en kwaliteit van algemene Nederlandse ziekenhuizen .....	13
3.1 Financiële positie .....	13
3.1.1 Verschillende ratio's .....	13
3.1.2 Relatie tussen governance en de financiële positie.....	14
3.2 Kwaliteit van zorg.....	16
3.2.1 Verschillende kwaliteitsindicatoren.....	16
3.2.2 Relatie tussen governance en kwaliteit(sindicatoren).....	17
4. Data & Methodiek.....	18
4.1 Data.....	18
4.1.1 Mate van governance .....	18
4.1.2 Financiële positie ziekenhuizen .....	20
4.1.3 Kwaliteit van zorg.....	20
4.1.2 Onderlinge correlatie .....	22
4.2 Methodiek .....	25
5.Resultaten.....	27
5.1 Financiële positie .....	27
5.2 Kwaliteit van zorg.....	29
6. Conclusie & discussie .....	31
6.1 Conclusie.....	31
6.2 Discussie .....	32
Literatuurlijst.....	34

## 1. Inleiding

Voor Nederlandse beursgenoteerde ondernemingen is de Corporate Governance Code van toepassing (Corporate Governance Code, 2016). Deze code heeft als doel om tot een deugdelijk en transparant stelsel van “*checks and balances*” te komen binnen een onderneming en het reguleren van de verhoudingen tussen het bestuur, de raad van commissarissen en de algemene vergadering van aandeelhouders. Hiermee wordt getracht het vertrouwen van beleggers en andere belanghebbenden in de kapitaalmarkt te versterken. Hoewel de focus van governance vaak ligt op de beursgenoteerde ondernemingen, is ook voor de gezondheidszorg goed bestuur belangrijk. Want goed bestuur is nodig voor goede zorg (Brancheorganisaties Zorg, 2017). In de gezondheidszorg moet de governancecode echter niet gericht zijn op het vergroten van het vertrouwen van beleggers en andere belanghebbenden in de kapitaalmarkt, maar op het vergroten van het maatschappelijk vertrouwen in de gezondheidszorg. Bestuurders van zorginstellingen zijn eindverantwoordelijk voor de kwaliteit, veiligheid, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Om deze reden is de Governancecode Zorg ontwikkeld, waarin zeven principes geformuleerd worden die leidend zijn voor het bestuur en toezicht van zorgorganisaties. De code is zo ontwikkeld dat deze “stimuleert tot reflectie op en het gesprek over” het functioneren van de bestuurders en de toezichthouders en hun onderlinge verhouding en tracht hiermee te zorgen voor goed bestuur van de zorginstellingen.

Er is echter nog weinig bekend over in hoeverre zorginstellingen zich aan deze code houden en in welke mate zij dit toelichten in het jaar- en bestuursverslag. Daarnaast is het interessant om te onderzoeken of ziekenhuizen die meer informatie verschaffen, en dus meer bezig lijken te zijn met het zorgen voor goed bestuur, ook een betere financiële positie hebben. Er is nog weinig onderzoek naar deze relatie gedaan in de gezondheidszorg, maar uit onderzoek in het bedrijfsleven is gebleken dat meer informatieverstrekking over Corporate Governance leidt tot betere financiële prestaties (Dutillieux, 2006; DeJong, de Jong, Mertens & Wasley, 2001; Ees, Postma & Boer, 2002). Goed bestuur is in de gezondheidszorg echter niet alleen belangrijk voor de financiële positie, maar ook voor de kwaliteit van zorg. Ook hier is nog weinig onderzoek naar gedaan. Daarom zal ook dit onderzocht worden.

Het doel van dit onderzoek leidt tot de volgende onderzoeksvraag:

*In hoeverre is er een verband tussen de mate van informatieverstrekking in het jaar- en bestuursverslag van algemene Nederlandse ziekenhuizen over het nakomen van de Governancecode Zorg en de financiële positie en de kwaliteit van zorg?*

Deze onderzoeksvraag is uitgewerkt aan de hand van de volgende deelvragen:

1. Wat houdt de Governancecode Zorg 2017 in en hoe verhoudt deze zich tot de Nederlandse Corporate Governance Code?
2. Hoe kan de financiële positie en de kwaliteit van zorg van algemene ziekenhuizen in Nederland bepaald worden?
3. Wat is de relatie tussen governance en de financiële positie dan wel de kwaliteit van zorg van algemene ziekenhuizen in Nederland op basis van eerder onderzoek?
4. In hoeverre verstrekken algemene ziekenhuizen in Nederland informatie over in welke mate zij voldoen aan de Governancecode Zorg?
5. Wat is de relatie tussen informatie over governance en de financiële positie dan wel kwaliteit van zorg van algemeen ziekenhuizen in Nederland?

In dit onderzoek zullen alle algemene Nederlandse ziekenhuizen meegenomen worden, tenzij deze onder de exclusiecriteria vallen. Er zal alleen gekeken worden naar ziekenhuizen en niet naar andere zorginstellingen, omdat met name ziekenhuizen de afgelopen tijd veel in het nieuws zijn geweest wegens slecht bestuur (NOS, 2018). De financiële positie van een ziekenhuis is bepaald aan de hand van ratio's voor de solvabiliteit, liquiditeit en rentabiliteit, berekend uit gegevens uit de jaarrekening van het desbetreffende ziekenhuis. De kwaliteit van zorg in een ziekenhuis is bepaald aan de hand van drie kwaliteitsindicatoren: de heropnamenratio, de wachttijden voor een poliklinische afspraak en een behandeling en het patiënttevredenheidscijfer. Deze kwaliteitsindicatoren zullen verkregen worden van de site ziekenhuischeck.nl van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (2018). Om te bepalen in hoeverre ziekenhuizen informatie verstrekken over in welke mate zij voldoen aan de Governancecode Zorg zal er een documentenanalyse worden gedaan van de jaar- en bestuursverslagen van ziekenhuizen. Alle ziekenhuizen zijn verplicht de Governancecode Zorg toe te passen, maar de mate van toelichting in het jaar- en bestuursverslag is soms erg beperkt. Op basis van de mate van toelichting is een subjectieve score gegeven. Daarnaast zal het aantal keer dat governance genoemd wordt en het aantal regels over governance geregistreerd worden, als objectieve variabelen.

Op basis van de mate van informatieverstrekking over governance, de financiële positie en de kwaliteit van zorg zullen lineaire regressieanalyses worden uitgevoerd, waarmee de onderzoeksvraag beantwoord kan worden.

Na deze inleiding zal een theoretisch kader worden geschetst, waarin de Nederlandse Corporate Governance Code uit het bedrijfsleven, de Governancecode Zorg en de belangrijkste overeenkomsten en verschillen tussen deze twee codes besproken worden. Vervolgens zal beschreven worden welke financiële ratio's en kwaliteitsindicatoren worden gebruikt en welke relatie verwacht wordt met de mate van informatieverstrekking over governance op basis van onderzoek uit het bedrijfsleven. Daarna wordt beschreven hoe de data verzameld is en welke methodologie is gebruikt. Vervolgens zullen de resultaten worden gepresenteerd en zal een conclusie worden getrokken, waarin antwoord wordt gegeven op de onderzoeksvraag. Tot slot zullen de beperkingen van dit onderzoek besproken worden en zullen er aanbevelingen worden gedaan voor vervolgonderzoek.

## 2. Governance in algemene Nederlandse ziekenhuizen

In dit hoofdstuk zullen de Nederlandse Corporate Governance Code, de Governancecode Zorg en de belangrijkste overeenkomsten en verschillen hiertussen besproken worden.

### 2.1 De Nederlandse Corporate Governance Code

Voor Nederlandse beursgenoteerde ondernemingen is de Corporate Governance Code van toepassing (Corporate Governance Code, 2016). De code heeft als doel om tot een deugdelijk en transparant stelsel van “*checks and balances*” te komen binnen een onderneming en het reguleren van de verhoudingen tussen het bestuur, de raad van commissarissen en de algemene vergadering van aandeelhouders. Hiermee wordt getracht het vertrouwen van beleggers en andere belanghebbenden in bedrijven en daarmee in de kapitaalmarkt te versterken.

#### 2.1.1 Reikwijdte en naleving van de Corporate Governance Code

De Corporate Governance Code is voor het eerst opgesteld in 2003 en daarna gewijzigd in 2008 en 2016, waarbij een latere code de eerdere code vervangt. De code is van toepassing op “alle vennootschappen met statutaire zetel in Nederland waarvan de aandelen of certificaten van aandelen zijn toegelaten tot de handel op een gereguleerde markt of een daarmee vergelijkbaar systeem” en “alle grote vennootschappen met statutaire zetel in Nederland (> € 500 miljoen balanswaarde) waarvan de aandelen of certificaten zijn toegelaten tot de handel op een multilaterale handelsfaciliteit of een daarmee vergelijkbaar systeem” (Corporate Governance Code, 2016, pp. 7).

Het bestuur en de raad van commissarissen zijn verantwoordelijk voor de corporate governance van een vennootschap en hiermee de naleving van de code. De naleving van de code moet jaarlijks in het bestuursverslag of op de website worden toegelicht. Dit is gebaseerd op het “pas toe of leg uit”-principe, wat betekent dat bedrijven niet, zoals in het geval van de wet, verplicht zijn om deze volledig na te leven, maar wanneer ervan wat afgeweken moet dit wel worden uitgelegd (Corporate Governance Code, 2016).

#### 2.1.2 Principes uit de Corporate Governance Code

De code bestaat uit principes en *best practice* bepalingen. De principes zijn bepaalde algemene opvattingen over goede corporate governance en zijn uitgewerkt in de *best practice* bepalingen, welke normen zijn voor het gedrag van bestuurders en commissarissen.

De code bestaat uit principes, ingedeeld in vijf hoofdstukken: lange termijn waardecreatie (1), effectief bestuur en toezicht (2), beloningen (3), algemene vergadering (4) en one-tier bestuursstructuur (5).

Het eerste hoofdstuk, lange termijn waardecreatie (1), houdt in dat het bestuur moet zorgen voor de continuïteit van de onderneming. Om dit te bereiken is het bestuur verantwoordelijk voor het opstellen van een visie en strategie voor de lange termijn, waarbij het de belangen van alle belanghebbenden meeweegt, het zorgen voor een adequate werking van interne risicobeheersings- en controlesystemen en het onderhouden van contact met de externe accountant.

Het tweede hoofdstuk, effectief bestuur en toezicht (2), houdt in dat het bestuur en de raad van commissarissen op een goede en evenwichtige manier zijn samengesteld, zorgen voor een formele en transparante procedure voor benoeming en herbenoeming, een evenwichtige en effectieve besluitvorming, het zorgen voor een cultuur die is gericht op lange termijn waardecreatie en daarbij alert zijn voor misstanden.

Het derde hoofdstuk, beloningen (3), houdt in dat het beloningsbeleid voor bestuurders duidelijk en begrijpelijk is en rekening houdt met de beloningsverhoudingen binnen de onderneming. Daarnaast moet het bestuurders niet aanzetten tot gedrag in hun eigen belang of het nemen van onnodige risico's. Ook moet hierover verantwoording worden afgelegd in een rapport op de site.

Het vierde hoofdstuk, algemene vergadering (4), houdt in dat goede corporate governance veronderstelt dat er een volwaardige deelname is van de aandeelhouders aan de besluitvorming in de algemene vergadering. Zij moeten invloed kunnen uitoefenen op het beleid van het bestuur en de raad van commissarissen, waarbij deze moeten zorgen voor voldoende informatie.

En tot slot het vijfde hoofdstuk, *one-tier* bestuursstructuur, wat inhoudt dat indien er geen sprake is van two-tier structuur zoals gebruikelijk is, maar van een one-tier structuur, de samenstelling en het functioneren van het bestuur zo moet zijn dat het toezicht toch naar goed behoren kan worden uitgevoerd en onafhankelijk toezicht is gewaarborgd (Corporate Governance Code, 2016).

## 2.2 Governancecode Zorg

De gezondheidszorg heeft een eigen governancecode, de Governancecode Zorg (2017), welke gericht is op het vergroten van het maatschappelijk vertrouwen in zorginstellingen. Bestuurders van zorginstellingen zijn eindverantwoordelijk voor de kwaliteit, veiligheid, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Om deze reden is de code ontwikkeld, waarin zeven principes geformuleerd zijn die leidend zijn voor het bestuur en toezicht van zorgorganisaties. De code is zo ontwikkeld dat deze “stimuleert tot reflectie op en het gesprek over” het functioneren van de bestuurders en de toezichthouders en hun onderlinge verhouding en tracht hiermee te zorgen voor goed bestuur van de zorginstellingen (ibid.).

### 2.2.1 Reikwijdte en naleving van de Governancecode Zorg

De eerste Governancecode Zorg werd uitgebracht in 2005, waarna er in 2010 een herziening was en de meest recente versie is uitgebracht in 2017. In tegenstelling tot de vorige versies is deze laatste versie uit 2017 niet vrijblijvend. De code geldt voor iedere zorginstelling die lid is van een van de brancheorganisaties ActiZ, Geestelijke Gezondheidszorg Nederland, Nederlandse Federatie Universitair Medische Centra, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. De raad van bestuur en raad van toezicht hebben beide een verantwoordelijkheid voor de toepassing van de code en moeten daarbij transparant zijn in de keuzes die ze maken en zich hierover verantwoorden.

In het verleden werkte de code volgens het ‘pas toe of leg uit’-principe, wat betekent dat een bepaling moest worden toegepast of wanneer er werd afgeweken ervan dit goed moest worden gemotiveerd, maar soms leidde dit niet tot de gewenste toepassing. Soms zou bij toepassing juist uitleg nodig zijn (‘pas toe en leg uit’) of zou een afwijking helemaal niet aan de orde moeten zijn (‘pas toe!’). Er moest in ieder geval geen sprake zijn van “afvinkgedrag”, dus puur het voldoen aan de regels omwille van die regels (ibid.)

### 2.1.2 Principes uit de Governancecode Zorg

De code is gebaseerd op principes, die uitgewerkt zijn in bepalingen en gedragsregels. De zeven principes waaruit de code bestaat zijn: goede zorg (1), waarden en normen (2), invloed belanghebbenden (3), inrichting governance (4), goed bestuur (5), verantwoord toezicht (6) en continue ontwikkeling (7).



Het eerste principe, goede zorg (1), houdt in dat de maatschappelijke doelstelling en legitimatie van de zorgorganisatie het bieden van goede zorg aan cliënten is. Zo moet de zorginstelling natuurlijk voldoen aan de kwaliteits- en veiligheidseisen, maar moet er bijvoorbeeld ook sprake zijn van een dialoog tussen zorgverlener en patiënt. Er moet worden gezorgd voor kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Daarnaast moet er ruimte voor en vertrouwen zijn in het professioneel handelen van de medewerkers van de zorginstelling.

Het tweede principe, waarden en normen (2), houdt in dat de raad van bestuur en raad van toezicht waarden en normen hanteren die passen bij de maatschappelijke positie van de zorgorganisatie. De raad van bestuur moet deze waarden en normen actief uitdragen en het gesprek erover bevorderen. Daarnaast moet voor een open aanspreekcultuur worden gezorgd en een cultuur waarin dilemma's en fouten besproken en gemeld worden.

Het derde principe, invloed belanghebbenden (3), houdt in dat de zorgorganisatie randvoorwaarden en waarborgen schept voor een adequate invloed van belanghebbenden, zoals vrijwilligers, verwijzers (bijvoorbeeld huisartsen) en gemeenten. Om dit te bereiken moet een actief en transparant beleid zijn voor de omgang met medezeggenschapsorganen en moet de raad van bestuur met deze belanghebbenden in gesprek gaan. Daarnaast moet er transparantie en verantwoording zijn over de realisatie van doelstellingen en het gevoerde beleid, wat weer besproken moet worden met medezeggenschapsorganen.

Het vierde principe, inrichting governance (4), houdt in dat de raad van bestuur en raad van toezicht ieder vanuit hun eigen rol verantwoordelijk zijn voor de governance van de zorgorganisatie en de naleving van de code. Hierin wordt toegelicht hoe de verhoudingen tussen de raad van bestuur en de raad van toezicht geregeld moeten zijn.

Het vijfde principe, goed bestuur (5), houdt in dat de raad van bestuur de zorgorganisatie bestuurt gericht op haar maatschappelijke doelstelling. Hierin is opgenomen wat de verantwoordelijkheden van de raad van bestuur zijn, hoe zij hierover verantwoording moeten afleggen en dat zij zich moeten richten op het belang van de zorgorganisatie op de korte en lange termijn, waarbij een afweging moet worden gemaakt tussen alle belangen. Daarnaast moet de raad van bestuur zorgen voor goede en hanteerbare interne risicobeheersings- en controlesystemen en hiertoe risicoanalyses uitvoeren.

Het zesde principe, verantwoord toezicht (6), houdt in dat de raad van toezicht moet toezichthouden vanuit de maatschappelijke doelstelling van de zorgorganisatie. Hierbij is opgenomen hoe de raad van toezicht benoemd en samengesteld moet worden en wat de verantwoordelijkheden hiervan zijn, zoals dat ze ervoor moeten zorgen dat de raad van bestuur goed functioneert en het benoemen van de externe accountant.

Tot slot het zevende principe, continue ontwikkeling (7), wat inhoudt dat de raad van bestuur en raad van toezicht permanent hun professionaliteit en deskundigheid ontwikkelen. Er moet sprake zijn van continue ontwikkeling, feedback en reflectie op het handelen en de prestaties. Hierbij moet de raad van bestuur geëvalueerd worden door de raad van toezicht (ibid.).

### 2.3 Belangrijkste overeenkomsten en verschillen

Er zijn een aantal overeenkomsten tussen de Corporate Governance Code (CGC) en de Governancecode Zorg (GZ). Ten eerste is het doel van beide codes natuurlijk het zorgen voor goed bestuur en toezicht, en het vergroten van het vertrouwen van belanghebbenden in de onderneming, hoewel dit bij de CGC gaat om het vertrouwen vanuit de kapitaalmarkt, terwijl het bij de GZ gaat om het vertrouwen vanuit de maatschappij in de gezondheidszorg. En ten tweede zijn beide codes opgebouwd uit principes en bepalingen. Daarentegen is er wel een verschil in de hoe de codes moeten worden nageleefd. Voor de CGC geldt het “pas toe of leg uit” principe en hoeft de code dus niet volledig te worden nageleefd, zolang dit maar wordt toegelicht. Voor de GZ geldt dat soms ook bij naleving moet worden toegelicht (“pas toe en leg uit”) en soms juist helemaal niet afgeweken mag worden (“pas toe”).

Ook binnen de principes en bepalingen zijn overeenkomsten en verschillen tussen de codes. Hoewel de CGC bestaat uit vijf principes en de GZ bestaat uit zeven principes, lijken deze principes vaak wel op hetzelfde neer te komen. Het eerste principe uit de CGC “lange termijn waardecreatie” (1) is erg breed en komt terug in de GZ in de drie principes: “goede zorg” (1), “invloed belanghebbenden” (3) en “goed bestuur” (5). De continuïteit uit het eerste principe “lange termijn waardecreatie” van de CGC komt terug in het eerste principe van de GZ “goede zorg” in de vorm van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Zonder kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg zal er namelijk ook geen continuïteit zijn. Daarnaast beschrijft het eerste principe van de CGC ook dat de belangen van alle

belanghebbenden moeten worden meegewogen, wat direct te linken is aan het derde principe van de GZ “invloed belanghebbenden”. Hierbij geldt wel dat de invloed van belanghebbenden binnen de GZ zwaarder weegt dan bij de CGC, mede vanwege het vooropstellen van het maatschappelijk belang bij de GZ.

Het tweede principe van de CGC “effectief bestuur en toezicht” (2) noemt dat er een evenwichtige samenstelling en een transparante benoeming van het bestuur en raad van toezicht moet zijn, wat terugkomt in het vierde, vijfde en zesde principe van de GZ, respectievelijk “inrichting governance” (4), “goed bestuur” (5) en “goed toezicht” (6). Daarnaast beschrijft het tweede principe van de CGC dat het bestuur voor een goede cultuur moet zorgen waar men alert is voor misstanden. Dit komt terug in tweede principe van de GZ “waarden en normen”, waarin ditzelfde beschreven wordt, alleen wordt er hier meer aandacht aan besteed en lijkt deze belangrijker.

Het derde principe van de CGC “beloningen” (3) is niet direct terug te vinden in de GZ, hoewel de beloningen van bestuurders en toezichthouders ook binnen de gezondheidszorg een veelbesproken onderwerp zijn. Indirect is dit wel terug te vinden in de GZ, namelijk in het vijfde principe “goed bestuur” en zesde principe “goed toezicht”, waarin beschreven staat dat zij moeten besturen en toezicht houden gericht op de maatschappelijke doelstelling, waarbij buitensporige beloningsverhoudingen logischerwijs niet acceptabel zijn. Daarnaast worden de beloningen in de gezondheidszorg ook geregeld in de Wet Normering Topinkomens (Wet Normering Topinkomens, 2013). Hierin is vastgelegd wat het bezoldigingsmaximum is, waardoor dit minder expliciet terug hoeft te komen in de GZ dan in de CGC.

In het vierde principe van de CGC “algemene vergadering” wordt genoemd dat de aandeelhouders invloed moeten hebben op het beleid van het bestuur. Hoewel een ziekenhuis geen aandeelhouders heeft, geldt bij een ziekenhuis dat de belanghebbenden een adequate invloed moeten hebben op het beleid, onder andere in de vorm van een verplichte medezeggenschapsraad. Hierbij geldt dat het bestuur ervoor moet zorgen dat de medezeggenschapsraad voldoende en juiste informatie krijgt, net als bij de aandeelhouders.

Het vijfde principe van CGC “one-tier bestuursstructuur” (5) beschrijft dat de samenstelling en het functioneren van het bestuur zo moet zijn dat het toezicht naar goed behoren kan worden uitgevoerd. Dit wordt ook soortgelijk beschreven in het vierde principe van de GZ “inrichting governance”, namelijk hoe de verhoudingen tussen het bestuur en toezicht geregeld moeten worden.

Een principe uit de GZ dat niet terugkomt in de CGC is “continue ontwikkeling” van de raad van bestuur en raad van toezicht in hun professionaliteit en deskundigheid. Desalniettemin blijkt dat veel van de principes van de CGC terugkomen in de GZ en er veel overeenkomsten zijn tussen de codes. Dit kan verklaard worden doordat goed bestuur grotendeels onafhankelijk is van de context waarin het bedrijf handelt. Het grootste en belangrijkste verschil is echter de primaire doelstelling van de bedrijven in beide contexten en dit is ook waarom er een aparte code nodig is voor de gezondheidszorg. Voor ziekenhuizen is het primaire doel van het bestuur om de kwaliteit, toegang en betaalbaarheid van zorg te waarborgen en het doel van de code is om het maatschappelijk vertrouwen hierin te vergroten. En hierin zijn de belanghebbenden (patiënten, zorgverleners, doorverwijzers) erg belangrijk voor het vormgeven van het beleid. Voor vennootschappen is het primaire doel toch meestal om de belangen van de aandeelhouders te behartigen en komen de belangen van andere belanghebbenden en de maatschappij op een tweede plaats.

## 3. De financiële positie en kwaliteit van algemene Nederlandse ziekenhuizen

### 3.1 Financiële positie

#### 3.1.1 Verschillende ratio's

De financiële positie van een onderneming is de mate waarin zij aan hun financiële verplichtingen kunnen voldoen, zowel op de korte termijn als op de lange termijn, en de mate waarin zij winstgevend zijn. Om de financiële positie van een onderneming te bepalen kan een aantal ratio's gebruikt worden. De meest gebruikte ratio's zijn die voor liquiditeit, solvabiliteit en rentabiliteit (Weygandt, Kimmel & Kieso, 2016).

De solvabiliteit laat zien of een onderneming op de lange termijn voldoende middelen heeft of kan verkrijgen om aan langlopende betalingsverplichtingen te voldoen. De solvabiliteitsratio is de verhouding tussen het eigen vermogen en het vreemd vermogen, waarbij deze beter is indien de relatieve omvang van het eigen vermogen hoger is (ibid.). Hierbij kan gesteld worden, hoe hoger het eigen vermogen, hoe hoger de solvabiliteitsratio, dus hoe beter de financiële positie van de onderneming. Meestal wordt aangehouden dat wanneer deze ratio lager is dan 0,25, er solvabiliteitsproblemen dreigen (BDO, 2018).

De liquiditeit meet de mate waarin een onderneming op de kortere termijn in staat is om aan haar lopende betalingsverplichtingen te voldoen. Er zijn meerdere ratio's om de liquiditeit te meten, maar de meest gebruikte is de *current ratio* (CR), die wordt berekend door de lopende activa te delen door de lopende passiva (ibid.). Indien deze ratio groter is dan 1 impliceert dit dat de organisatie redelijkerwijs in staat is om de komende tijd aan haar betalingsverplichtingen te voldoen. Indien deze ratio lager is dan 1, impliceert dit dat er liquiditeitsproblemen dreigen. Hierbij kan gesteld worden dat hoe hoger de ratio is, hoe beter de liquiditeit van een onderneming is.

De rentabiliteit laat de winstgevendheid van een onderneming zien. In het bedrijfsleven wordt winstgevendheid vaak gezien als de ultieme test voor de effectiviteit van het management (ibid.). In de gezondheidszorg is het maken van winst niet het primaire doel, want dit is het leveren van goede zorg, maar om goede zorg te leveren is het wel belangrijk om financieel gezond te zijn. Volgens de BDO Benchmark van Ziekenhuizen (2018) is het echter wel

belangrijk dat ziekenhuizen een bepaald rendement blijven halen, bijvoorbeeld om bepaalde voorzieningen te vormen. De rentabiliteit kan onder andere berekend worden door te kijken naar hoe efficiënt een onderneming zijn vermogen gebruikt om winst te genereren (Weygandt et al., 2016). Een algemene maatstaf voor de winstgevendheid is het rendement op het totale vermogen. Dit kan berekend worden door het bedrijfsresultaat te delen door het gemiddelde totale vermogen.

### 3.1.2 Relatie tussen governance en de financiële positie

Er is nog weinig onderzoek gedaan naar de relatie tussen de mate van informatieverstrekking over governance en de financiële positie van ziekenhuizen, of andere zorginstellingen. In het bedrijfsleven is wel al onderzoek gedaan naar de relatie tussen de mate van governance en financiële positie. Hoewel deze onderzoeken kijken naar de mate van governance en niet de mate van informatieverstrekking over governance in het jaar- en bestuursverslag, is volgens de Monitoring Commissie van de CGC (2019) deze mate van governance de afgelopen jaren steeds hoger en is ook de mate van naleving en informatieverstrekking steeds hoger. Dit impliceert dat hier een direct verband tussen zit (ibid.). Daarnaast is ondanks de grote verschillen tussen het bedrijfsleven en de gezondheidszorg is in het vorige hoofdstuk duidelijk geworden dat de Governancecode Zorg en de Corporate Governance Code veel overeenkomsten hebben. Hierdoor wordt verwacht dat de onderzoeken in het bedrijfsleven ook (deels) vertaald kunnen worden naar de gezondheidszorg.

Ten eerste het onderzoek van Dutilleux (2006) naar de invloed van Corporate Governance op de prestaties van ondernemingen in België en Nederland. Hij onderzoekt ondernemingen die genoteerd zijn op Euronext Brussel of Euronext Amsterdam, en dus moeten voldoen aan de Corporate Governance Code. Uit dit onderzoek blijkt dat er een significant positief verband is tussen bepaalde elementen van de index voor corporate governance en de boekhoudkundige prestaties. Dit wijst erop dat bepaalde elementen van corporate governance, en van de CGC, een positief verband hebben met de financiële positie van een bedrijf.

Ten tweede het onderzoek van DeJong, de Jong, Mertens en Wasley (2001). Zij doen onderzoek naar de invloed van een aantal kenmerken van corporate governance, die ook zijn opgenomen in de Corporate Governance Code, op de financiële prestaties van Nederlandse bedrijven. De kenmerken van corporate governance die ze gebruiken zijn onder andere het

instellen van een verplicht structuurregime, de aanwezigheid van stemrechtbeperking van de aandeelhouders, de omvang van de raad van commissarissen en de raad van bestuur en de en de beloning van de raad van commissarissen en raad van bestuur. Deze kenmerken komen ook terug in de CGC, hoewel ze niet alle principes omvatten. De maatstaf voor de financiële prestaties van een bedrijf die ze gebruiken is Tobin's q ratio, welke de marktwaarde van de totale activa deelt door de vervangingswaarde van de totale activa. DeJong et. al. concluderen dat er een positieve invloed is van deze corporate governance kenmerken op de financiële prestaties van de bedrijven.

Hoewel de prestatie van de bedrijven is gemeten met het Tobins q-ratio, wordt verwacht dat deze relatie ook zal bestaan met de solvabiliteit, rentabiliteit en liquiditeit. Volgens John (1993) is er namelijk een significant verband tussen de totale schuld, welke wordt meegenomen in de solvabiliteit en rentabiliteit, en Tobins q ratio en een significant verband tussen de liquiditeit en Tobins q. Op basis hiervan wordt verwacht dat de solvabiliteit, liquiditeit en rentabiliteit soortgelijke resultaten zullen geven als dit onderzoek met Tobins q.

Ten derde het onderzoek van Ees, Postma en de Boer (2002). Zij doen een literatuuronderzoek naar onder andere de relatie tussen corporate governance door de Raad van Commissarissen en Raad van Bestuur en financiële prestaties, waarbij deze "financiële prestaties" niet nader gedefinieerd worden. Zij concluderen dat er uit deze literatuur geen eenduidig resultaat komt, maar dat met name in landen met een two-tier structuur, zoals in Nederland veel voorkomt, de corporate governance door de RvC en de RvB een positief verband heeft met de financiële prestaties van een bedrijf.

Deze onderzoeken impliceren dat hoe hoger de mate van governance, hoe beter de financiële prestaties van de bedrijven. Zoals beargumenteerd kan daarom ook verwacht worden dat er sprake is van een hogere mate van informatieverstrekking over governance. Daarnaast zijn de prestatie-indicatoren in bovenstaande onderzoeken niet volledig hetzelfde als in dit onderzoek gebruikt worden. En tot slot is in bovenstaande onderzoeken gekeken naar de CGC en niet de GZ, maar aangezien de governancescodes voor het bedrijfsleven en de gezondheidszorg veel overeenkomsten hebben wordt verwacht dat ook dit voor dezelfde resultaten zal zorgen. Dit leidt tot de volgende hypothese:

*(1) Hoe hoger de mate van informatieverstrekking over governance is in het jaar- en bestuursverslag, hoe hoger de ratio's voor solvabiliteit, liquiditeit en rentabiliteit zullen zijn.*

## 3.2 Kwaliteit van zorg

Er zijn vele definities voor kwaliteit van zorg en vele manieren waarop dit gemeten kan worden. Omdat er geen eenduidige manier is om kwaliteit van zorg te meten, zijn er door de overheid kwaliteitsindicatoren ontwikkeld, die de ziekenhuizen verplicht moeten bijhouden. Voorbeelden van deze kwaliteitsindicatoren zijn wachttijden, het aantal heropnames of het aantal complicaties bij een behandeling. Deze informatie is verzameld door het Zorginstituut Nederland, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd, Nederlandse Zorgautoriteit en MediQuest en wordt samen weergegeven op de website van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen: [kwaliteitscheck.nl](http://kwaliteitscheck.nl).

### 3.2.1 Verschillende kwaliteitsindicatoren

Welke kwaliteitsindicatoren in dit onderzoek gebruikt worden is bepaald aan de hand van een veel geciteerd artikel. Dit artikel van Campbell, Roland & Buetow (2000) geeft een definitie van kwaliteit van zorg. Ze beschrijven dat er twee primaire dimensies van kwaliteit van zorg zijn voor patiënten: “toegang” en “effectiviteit”. Voor elk van deze twee dimensies is een passende kwaliteitsindicator gezocht. Daarnaast is ook een algemene indicator meegenomen, die iets zegt over zowel de toegang als de effectiviteit.

De eerste dimensie van kwaliteit van zorg is “toegang”. Met “toegang” wordt bedoeld of patiënten de zorg krijgen die zij nodig hebben. In Nederland krijgen patiënten alleen toegang tot het ziekenhuis op verwijzing van de huisarts. Hiermee zegt de toegang tot het ziekenhuis niet iets over de kwaliteit van zorg van het ziekenhuis, maar over de kwaliteit van zorg van de huisarts. Zodra een patiënt echter door de huisarts is doorverwezen, kan het daarna nog even duren voordat hij terecht kan in het ziekenhuis: de wachttijd (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, 2019). Deze wachttijd is dus een indicator voor de “toegang” tot zorg, waarbij geldt dat hoe langer de wachttijd is, hoe slechter de toegang tot zorg. Er zijn twee soorten wachttijden, namelijk voor de polikliniek en voor een behandeling (zoals een operatie). De “toegang” tot zorg in de context van dit onderzoek wordt daarom gezien als de wachttijd voor de polikliniek en de wachttijd voor een behandeling.

De tweede dimensie van kwaliteit van zorg is “effectiviteit”. Met “effectiviteit” wordt bedoeld of de behandeling succesvol is. Om te meten of een behandeling effectief is kan bijvoorbeeld gekeken worden naar het aantal heropnames. Een heropname betekent dat iemand kort na



ontslag uit het ziekenhuis opnieuw opgenomen moet worden, bijvoorbeeld omdat een behandeling niet succesvol was, en kan iets zeggen over de kwaliteit van zorg (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, 2019).

De algemene indicator voor de kwaliteit van zorg in dit onderzoek is de patiënttevredenheid. Dit is de mate waarin patiënten zelf het gevoel hebben dat zij “toegang” tot de juiste zorg krijgen en daarnaast hoe zij de “effectiviteit” van deze behandeling ervaren, dus of zij tevreden zijn over de gekregen zorg.

### 3.2.2 Relatie tussen governance en kwaliteit(sindicatoren)

De relatie tussen mate van governance en kwaliteit van zorg is nog niet eerder onderzocht. Er blijken echter wel aanwijzingen dat er een sterke negatieve invloed bestaat van slecht bestuur op de kwaliteit van zorg. De Inspectie voor de Gezondheidszorg schrijft op zijn site dat wanneer er problemen zijn met het besturen van een zorginstelling, dit ten koste kan gaan van de kwaliteit van zorg (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2019). Bijvoorbeeld wanneer het bestuur geen goed voorbeeldgedrag laat zien aan de zorgprofessionals en er een onprettige cultuur heerst waarin fouten niet gemeld (durven te) worden. Ook de Nederlandse Zorgautoriteit schrijft op zijn site dat goed bestuur van belang is, omdat anders de kwaliteit, veiligheid, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg in gevaar kunnen komen (Nederlandse Zorgautoriteit, 2019).

Ondanks de beperkte beschikbare literatuur, lijkt er een relatie te bestaan tussen slecht bestuur en slechte zorg. Om deze reden wordt verwacht dat er ook een positieve relatie is tussen de mate van governance en de kwaliteit van zorg. Zoals eerder beargumenteerd wordt hierbij op basis van een artikel van de Monitoring Commissie CGC de aannahme gemaakt dat hoe meer ziekenhuizen de code toelichten, hoe meer zij bezig zijn met goed bestuur en hoe hoger de mate van governance is. Dit leidt tot de volgende hypothese:

*(2) Hoe hoger de mate informatieverstrekking over governance is in het jaar- en bestuursverslag, hoe hoger het patiënttevredenheidscijfer en hoe lager de heropnamenratio.*

## 4. Data & Methodiek

### 4.1 Data

Voor dit onderzoek is uit verschillende bronnen data verzameld over de mate van informatieverstrekking over governance, de financiële positie en de kwaliteit van zorg van ziekenhuizen in 2017. De data is verzameld van alle Nederlandse ziekenhuizen, waarbij een aantal exclusiecriteria is gehanteerd. Ten eerste zijn academische ziekenhuizen uitgesloten, omdat deze ziekenhuizen zeer specialistische zorg, onderwijs en onderzoek bieden en daardoor niet goed te vergelijken zijn met andere (algemene) ziekenhuizen. Ten tweede zijn een aantal ziekenhuizen deel van een zorggroep, waarbij er alleen een jaarverslag is van de gehele onderneming en niet van alleen het ziekenhuis. Wanneer deze zorggroep alleen bestaat uit ziekenhuizen, bijvoorbeeld het Isala met meerdere locaties, is de data van deze zorggroep samengenomen. Wanneer deze zorggroep ook bestaat uit een ander soort zorginstellingen dan ziekenhuizen, is het ziekenhuis niet meegenomen in dit onderzoek. Door de gehanteerde exclusiecriteria daalde het aantal geanalyseerde ziekenhuizen van 68 naar 53.

#### 4.1.1 Mate informatieverstrekking over governance

De mate informatieverstrekking over governance is bepaald aan de hand van de mate waarin de Governancecode Zorg in de bestuursverslagen en jaarverslagen werd toegelicht. Hierbij is op basis van een artikel van de Monitoring Commissie CGC de aannahme gemaakt dat hoe meer ziekenhuizen de code toelichten, hoe meer zij bezig zijn met goed bestuur en hoe hoger de mate van governance is. Ziekenhuizen verschaffen ook zelf informatie over de mate waarin zij voldoen aan de GZ, echter rapporteerden slechts vier ziekenhuizen dat zij niet volledig voldeden aan de GZ. Aangezien het implementeren van de governancecode niet eenvoudig is, is het erg onwaarschijnlijk dat bijna alle ziekenhuizen deze perfect en volledig hebben geïmplementeerd.

De subjectieve score is bepaald op basis van of en hoe governance genoemd wordt, of er wordt ingegaan op de principes uit de code en of er concreet wordt uitgelegd hoe aan de code wordt voldaan. Dit is ingedeeld in de categorieën die terug te vinden zijn in tabel 1. In de laatste kolom is weergegeven hoe vaak elke score voorkwam. Er blijkt dat de mate van informatieverstrekking volgens deze subjectieve score niet hoog is. Veruit de meeste ziekenhuizen scoren in de tweede of derde categorie, wat nog onvoldoende is. Slechts 11% (3% en 8%) van de ziekenhuizen scoort “voldoende”.

Tabel 1. Categorieën van de subjectieve score voor de mate van governance.

Score	Toelichting	Aantal keer voorgekomen
0	Governance wordt überhaupt niet genoemd.	8 (13%)
1	Governance wordt genoemd, maar er wordt niet concreet ingegaan op de principes of hoe de governancecode specifiek wordt toegepast.	18 (30%)
2	Er is beknopte uitleg hoe aan de code wordt voldaan en wat er wordt gedaan om de mate van governance te verbeteren, maar dit wordt niet concreet beschreven. Ook de principes worden niet of nauwelijks genoemd.	18 (30%)
3	Er is een concrete uitleg hoe aan de governancecode wordt voldaan en hoe deze wordt toegepast, maar dit is niet volledig. De principes worden niet allemaal (concreet) toegelicht.	2 (3%)
4	Er is een concrete uitleg hoe aan de governancecode wordt voldaan en hoe deze wordt toegepast en dit is volledig. De principes worden allemaal concreet toegelicht.	5 (8%)

Omdat deze score slechts een subjectief beeld geeft van de mate van governance, zijn er ook twee variabelen opgenomen die objectief gemeten konden worden: het gemiddelde aantal keer dat governance werd genoemd en het aantal regels over governance, in het jaar- of bestuursverslag.

De beschrijvende statistieken van de drie onderliggende variabelen voor de mate van governance zijn weergegeven in tabel 2. De gemiddelde subjectieve score was laag, met 2. Het gemiddelde aantal keer dat “governance” werd genoemd is 6,8 keer, waarbij het minimum 0 was en het maximum 24 keer. De standaarddeviatie is vrij hoog met 5,9. Het gemiddeld aantal regels over governance is 18,0, waarbij het minimum weer 0 was en het maximum 152. De standaarddeviatie is wederom vrij hoog met 26,3.

Tabel 2. Beschrijvende statistieken “mate van governance”.

Variabele	Gem.	Std. Dev.	Min.	Max.
Subjectieve score	2	1,1	0	4
Aantal keer “governance” genoemd	6,8	5,9	0	24
Aantal regels over governance	28,0	26,3	0	152

#### 4.1.2 Financiële positie ziekenhuizen

De financiële positie van de ziekenhuizen is bepaald op basis van de drie ratio’s zoals beschreven in het theoretisch kader: solvabiliteit, liquiditeit en rentabiliteit. Om de financiële gegevens te verzamelen die nodig zijn om deze ratio’s te berekenen is gebruik gemaakt van de website jaarverantwoordingzorg.nl, waarop datasets te downloaden zijn met deze informatie. De beschrijvende data van de financiële positie van de ziekenhuizen weergeven in tabel 3. De gemiddelde solvabiliteit van de ziekenhuizen is 0,39. Het minimum is negatief met -0,56 en het maximum is 2,01. Dit betekent dat ziekenhuizen gemiddeld voldoen aan de norm van 0,25, maar niet allemaal. Er is zelfs een ziekenhuis met een negatieve solvabiliteit. De standaarddeviatie is hoog met 0,31. De gemiddelde liquiditeit is 1,17. Het minimum is 0,23 en het maximum is 5,96. Dit betekent dat ziekenhuizen gemiddeld gezien voldoen aan de norm van 1, maar dat er ook ziekenhuizen zijn waarbij liquiditeitsproblemen dreigen. Ook hier zitten weer grote verschillen tussen de ziekenhuizen en de standaarddeviatie is dan ook hoog met 1,71. De gemiddelde rentabiliteit is 0,037. Het minimum is negatief met -0,024 en de hoogste rentabiliteit is erg hoog met 0,21. De standaarddeviatie is 0,031.

Tabel 3. Beschrijvende statistieken “financiële positie”.

Variabele	Gem.	Std. Dev.	Min.	Max.
Solvabiliteit	0,39	0,31	-0,56	2,01
Liquiditeit	1,71	1,03	0,23	5,96
Rentabiliteit	0,037	0,031	-0,024	0,21

#### 4.1.3 Kwaliteit van zorg

De informatie over de vier indicatoren (heropnamenratio, wachttijden polikliniek en wachttijden behandeling en patiënttevredenheid) die gebruikt worden om de kwaliteit van zorg te meten, is verkregen via de website ziekenhuischeck.nl.

Een heropname is een klinische heropname van een patiënt in een ziekenhuis binnen 30 dagen na de ontslagdatum (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, 2019; DHD, 2019). Voor de berekening van de heropnamenratio wordt het werkelijke aantal heropnamen van een ziekenhuis afgezet tegen het verwachte aantal heropnamen dat is berekend aan de hand van de landelijke cijfers. Hierbij wordt gecorrigeerd tussen ziekenhuizen voor factoren zoals leeftijd en sociaaleconomische status. Wanneer de heropnamenratio groter is dan 100, betekent dit dat er onverwachte opnames waren, mogelijk doordat een behandeling de eerste keer niet effectief was.

De wachttijd houdt in hoe lang het duurt voordat een patiënt in het ziekenhuis terecht kan nadat hij is doorverwezen door de huisarts (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, 2019). In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de gemiddelde wachttijd van alle specialismen, omdat de wachttijd per specialisme kan verschillen. Deze gemiddelde wachttijden kunnen iedere maand verschillen en in onderzoek zijn de wachttijden genomen zoals deze bekend waren voor juni 2019. Er zijn twee soorten wachttijden, voor de polikliniek en voor een behandeling. De wachttijd voor de polikliniek is opgesplitst in de categorieën 1-2 weken, 3-4 weken en meer dan 4 weken wachttijd. De wachttijd voor een behandeling is langer dan voor een afspraak op de polikliniek en is opgesplitst in de categorieën 1-3 weken, 4-7 weken en meer dan 7 weken. Bij de wachttijd moet een afweging gemaakt worden tussen efficiëntie en kwaliteit van zorg. Hoewel patiënten natuurlijk het liefst zo snel mogelijk geholpen willen worden, is dit niet altijd nodig voor de kwaliteit van zorg. Daarnaast zou het ook inefficiënt zijn wanneer er helemaal geen wachttijden zijn, want dit betekent dat er een aanbodoverschot is. Als de wachttijd echter wel te lang is, kan de kwaliteit van zorg hieronder lijden. Daarom hebben ziekenhuizen hebben afgesproken dat een patiënt binnen vier weken voor een eerste afspraak op de polikliniek en binnen zeven weken voor een afspraak voor een behandeling terecht moet kunnen. In dit onderzoek zal daarom gekeken worden naar het percentage patiënten dat niet binnen deze termijn terecht kon. Er kan dus gesteld worden dat hoe lager dit percentage is, hoe hoger de kwaliteit van zorg, waarbij het percentage idealiter gelijk is aan 0.

De patiënttevredenheid is gemeten met de vraag: “Als u uw ziekenhuis met een algemeen rapportcijfer mag beoordelen, welk cijfer geeft u dan?” (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, 2019). Dit is onderzocht in heel Nederland en in 2017 hebben 12.000 mensen aan het onderzoek meegedaan. De data wordt verzameld door Newcom Research & Consultancy en gepubliceerd op de site Ziekenhuischeck.nl (ibid.)

De beschrijvende data van de kwaliteit van zorg is weergegeven in tabel 4. De gemiddelde heropnamenratio is 95. Het verschil tussen de laagste en hoogste ratio is erg groot, de laagste ratio was 11 en 115 het hoogste. Er is een standaarddeviatie van 14,2. Het gemiddelde percentage patiënten dat langer dan de vastgestelde termijn van vier weken moest wachten op een poliklinische afspraak was hoog met 37%. De standaarddeviatie is 16%. Aangezien het minimum 5% is, betekent dit dat geen een ziekenhuis volledig voldeed aan de vastgestelde termijn, wat opmerkelijk is. Het maximum was hoog met 72%. Het gemiddelde percentage patiënten dat langer dan de vastgestelde termijn van zeven weken moest wachten op een behandeling is 19%, wat aanzienlijk lager is dan voor een poliklinische afspraak. De standaarddeviatie was 16%. Het minimum is 0, wat betekent dat er minimaal 1 ziekenhuis voldeed aan de norm. Het maximum is wederom vrij hoog met 65%. De gemiddelde patiënttevredenheid is 7,6 op een schaal van 1-10, waarbij 1 zeer slecht is en 10 zeer goed. De laagste score voor patiënttevredenheid is een 6,6 en de hoogste score 8,1. Er is een standaarddeviatie van 0,3.

*Tabel 4. Beschrijvende statistieken “kwaliteit van zorg”.*

<b>Variabele</b>	<b>Gem.</b>	<b>Std. Dev.</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
Heropnamenratio	95	14,2	11	115
Wachttijd polikliniek	0,372	0,163	0,05	0,72
Wachttijd behandeling	0,181	0,156	0	0,65
Patiënttevredenheid	7,6	0,30	6,6	8,1

#### 4.1.2 Onderlinge correlatie

In tabel 5 is de onderlinge correlatie tussen alle variabelen weergegeven. Hieruit blijkt een vrij hoge, en significante, correlatie tussen de variabelen die de mate van governance meten (1, 2 en 3). Dit is niet heel onverwacht, omdat bijvoorbeeld wanneer “governance” vaker genoemd wordt, er ook meer over geschreven is en er waarschijnlijk een hogere subjectieve score is gegeven. Daarnaast is op te merken dat er een significante zwakke negatieve correlatie is tussen de subjectieve score voor de mate van toelichting en de liquiditeit. De andere twee financiële ratio’s, solvabiliteit en rentabiliteit, zijn slechts zeer zwak, en niet significant, gecorreleerd met de variabelen die governance meten. Ook de indicatoren voor de kwaliteit van zorg zijn slechts zeer zwak en niet significant gecorreleerd met variabelen die de mate van governance meten.

Wanneer naar de correlatie tussen de financiële ratio's onderling wordt gekeken, blijkt alleen een significante, matige, correlatie tussen de liquiditeit en solvabiliteit. De solvabiliteit en rentabiliteit, en liquiditeit en rentabiliteit, zijn zeer zwak en niet significant gecorreleerd. De financiële ratio's zijn ook zeer zwak en niet significant gecorreleerd met de indicatoren voor de kwaliteit van zorg. Wanneer wordt gekeken naar de onderlinge correlatie tussen de indicatoren voor de kwaliteit van zorg blijkt een significante matige correlatie tussen de heropnamenratio en patiënttevredenheid. De correlaties van de heropnamenratio met de wachttijden voor de polikliniek en behandeling zijn zwak en niet significant. Er blijkt wel een significante, maar zwakke, correlatie tussen de wachttijden voor de polikliniek en een behandeling. Tot slot blijkt er een significante zwakke correlatie tussen de patiënttevredenheid en de wachttijd voor de polikliniek en behandeling.

Tabel 5. Onderlinge correlatie tussen de variabelen.

Variabele	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Subjectieve score	1									
2. Aantal keer governance genoemd	0,835*	1								
3. Aantal regels over governance	0,742*	0,751**	1							
4. Solvabiliteit	0,050	-0,020	0,027	1						
5. Liquiditeit	-0,269***	-0,222	-0,151	0,494*	1					
6. Rentabiliteit	0,085	0,004	-0,016	0,054	0,116	1				
7. Heropnamenratio	0,120	0,078	0,039	-0,217	-0,025	0,033	1			
8. Wachtijd poli	-0,062	-0,160	-0,131	-0,260	-0,199	-0,209	0,165	1		
9. Wachtijd beh.	-0,007	0,008	-0,049	-0,022	-0,172	0,179	0,076	0,297**	1	
10. Patiënttevredenheid	-0,031	-0,031	-0,033	-0,159	0,015	0,080	0,405*	0,231***	0,238***	1

\*  $p < 0,01$ , \*\*  $p < 0,05$ , \*\*\*  $p < 0,10$



## 4.2 Methodiek

Om de hypothesen te toetsen zijn lineaire regressieanalyses uitgevoerd. Er zijn twee soorten afhankelijke variabelen: de financiële positie en kwaliteit van zorg, die elk gemeten worden door onderliggende variabelen. Voor de financiële positie zijn dit de ratio's voor solvabiliteit, liquiditeit en rentabiliteit. Voor de kwaliteit van zorg zijn dit de heropnamenratio, het percentage patiënten met een wachttijd voor de polikliniek langer dan vier weken, het percentage patiënten met een wachttijd voor een behandeling langer dan zeven weken en het cijfer voor de patiënttevredenheid. Ook de onafhankelijke variabele is gemeten met onderliggende variabelen, namelijk een subjectieve score, het aantal keer dat governance wordt genoemd en het aantal regels over governance.

Bij de onderlinge correlatietest tussen de variabelen is gebleken dat de correlaties vrij hoog zijn. Daarom is ervoor gekozen om aparte regressiemodellen te gebruiken voor alle variabelen. Er wordt verwacht dat deze onderliggende variabelen dezelfde uitslag zullen geven. Er zijn dus 21 lineaire regressieanalyses uitgevoerd, namelijk:

$$(1) \text{ Solvabiliteit} = \alpha + \beta_1 * (\text{Subjectieve score}) + \varepsilon_1$$

$$(2) \text{ Solvabiliteit} = \alpha + \beta_1 * (\text{Aantal keer governance genoemd}) + \varepsilon_1$$

$$(3) \text{ Solvabiliteit} = \alpha + \beta_1 * (\text{Aantal regels over governance}) + \varepsilon_1$$

$$(4) \text{ Liquiditeit} = \alpha + \beta_1 * (\text{Subjectieve score}) + \varepsilon_1$$

$$(5) \text{ Liquiditeit} = \alpha + \beta_1 * (\text{Aantal keer governance genoemd}) + \varepsilon_1$$

$$(6) \text{ Liquiditeit} = \alpha + \beta_1 * (\text{Aantal regels over governance}) + \varepsilon_1$$

$$(7) \text{ Rentabiliteit} = \alpha + \beta_1 * (\text{Subjectieve score}) + \varepsilon_1$$

$$(8) \text{ Rentabiliteit} = \alpha + \beta_1 * (\text{Aantal keer governance genoemd}) + \varepsilon_1$$

$$(9) \text{ Rentabiliteit} = \alpha + \beta_1 * (\text{Aantal regels over governance}) + \varepsilon_1$$

$$(10) \text{ Heropnamenratio} = \alpha + \beta_1 * (\text{Subjectieve score}) + \varepsilon_1$$

$$(11) \text{ Heropnamenratio} = \alpha + \beta_1 * (\text{Aantal keer governance genoemd}) + \varepsilon_1$$

$$(12) \text{ Heropnamenratio} = \alpha + \beta_1 * (\text{Aantal regels over governance}) + \varepsilon_1$$

$$(13) \text{ Wachttijd polikliniek langer dan 4 weken} = \alpha + \beta_1 * (\text{Subjectieve score}) + \varepsilon_1$$

- (14) Wachtijd polikliniek “ =  $\alpha + \beta_1 * (\text{Aantal keer governance genoemd}) + \varepsilon_1$
- (15) Wachtijd polikliniek “ =  $\alpha + \beta_1 * (\text{Aantal regels over governance}) + \varepsilon_1$
- (16) Wachtijd behandeling langer dan 7 weken =  $\alpha + \beta_1 * (\text{Subjectieve score}) + \varepsilon_1$
- (17) Wachtijd behandeling “ =  $\alpha + \beta_1 * (\text{Aantal keer governance genoemd}) + \varepsilon_1$
- (18) Wachtijd behandeling “ =  $\alpha + \beta_1 * (\text{Aantal regels over governance}) + \varepsilon_1$
- (19) Patiënttevredenheid =  $\alpha + \beta_1 * (\text{Subjectieve score}) + \varepsilon_1$
- (20) Patiënttevredenheid =  $\alpha + \beta_1 * (\text{Aantal keer governance genoemd}) + \varepsilon_1$
- (21) Patiënttevredenheid =  $\alpha + \beta_1 * (\text{Aantal regels over governance}) + \varepsilon_1$

Bij deze regressieanalyses zal de significantie getest worden op 1%, 5% en 10%.

## 5. Resultaten

### 5.1 Financiële positie

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de regressieanalyses besproken. Eerst zal het verband tussen de mate van informatieverstrekking over governance en de solvabiliteit bekeken worden, vervolgens het verband met de liquiditeit en tot slot het verband met de rentabiliteit.

In tabel 6 zijn de resultaten weergegeven van de regressieanalyses om de samenhang van de mate van informatieverstrekking over governance met de solvabiliteit te bekijken. De negatieve samenhang van het aantal keer dat governance genoemd wordt met de solvabiliteit is opvallend, omdat de andere twee onderliggende variabelen geen negatieve samenhang laten zien. Daarnaast blijkt dat het aantal regels over governance geen samenhang heeft met de solvabiliteit. Deze resultaten zijn echter niet significant: Er is geen significante samenhang tussen de subjectieve score, het aantal keer dat governance genoemd wordt of het aantal regels over governance en de solvabiliteit van een ziekenhuis.

Tot slot, wanneer naar de verklaarde variantie van de regressieanalyses wordt gekeken, blijkt dat deze (nagenoeg) gelijk is aan nul.

*Tabel 6. Lineaire-regressieresultaten voor de relatie tussen de mate van informatieverstrekking over governance en solvabiliteit van een ziekenhuis.*

Variabele	Solvabiliteit	R <sup>2</sup>
Subjectieve score	0,014 (0,004)	0,002
Aantal keer governance genoemd	-0,001 (0,007)	0,000
Aantal regels over governance	0,000 (0,001)	0,000

Standaardfouten tussen haakjes; \*  $p < 0,01$ , \*\*  $p < 0,05$ , \*\*\*  $p < 0,10$ .

In tabel 7 zijn de resultaten weergegeven van de regressieanalyses om de samenhang van de mate van informatieverstrekking over governance met de liquiditeit te bekijken. Alle drie de onderliggende variabelen laten een negatieve samenhang zien. Van de drie onderliggende variabelen voor de mate van governance vertoont alleen de subjectieve score een significant negatief verband met de liquiditeit. Desondanks is de verklaarde variantie met 7,2% laag. Het aantal keer dat governance genoemd wordt en het aantal regels over governance vertonen geen significant verband en ook hier is de verklaarde variantie laag.

Tabel 7. Lineaire-regressieresultaten voor de relatie tussen de mate van informatieverstrekking governance en liquiditeit van een ziekenhuis.

Variabele	Liquiditeit	R <sup>2</sup>
Subjectieve score	-0,248 (0,12)***	0,072
Aantal keer governance genoemd	-0,038 (0,023)	0,049
Aantal regels over governance	-0,006 (0,005)	0,022

Standaardfouten tussen haakjes; \* p < 0,01, \*\* p < 0,05, \*\*\* p < 0,10.

In tabel 8 zijn de resultaten weergegeven van de regressieanalyses om de samenhang van de mate van informatieverstrekking over governance met de rentabiliteit te bekijken. Bij de subjectieve score blijkt een zeer kleine positieve samenhang, maar het aantal keer dat governance genoemd wordt en het aantal regels over governance vertonen geen verband met de rentabiliteit.

Alle resultaten zijn ook niet significant: Er is geen significante samenhang tussen de subjectieve score, het aantal keer dat governance genoemd wordt of het aantal regels over governance en de rentabiliteit van een ziekenhuis. Ook de verklaarde variantie van de regressieanalyses is nagenoeg gelijk aan nul.

Tabel 8. Lineaire-regressieresultaten voor de relatie tussen de mate van informatieverstrekking over governance en rentabiliteit van een ziekenhuis.

Variabele	Rentabiliteit	R <sup>2</sup>
Subjectieve score	0,002 (0,0076)	0,007
Aantal keer governance genoemd	0,000 (0,001)	0,000
Aantal regels over governance	0,000 (0,000)	0,000

Standaardfouten tussen haakjes; \* p < 0,01, \*\* p < 0,05, \*\*\* p < 0,10.

Wanneer gekeken wordt naar de mate van informatieverstrekking over governance en de samenhang met de financiële positie van een ziekenhuis, laten de regressieanalyses wisselende resultaten zien. Er is geen of een positief verband met de solvabiliteit en rentabiliteit, maar een negatief verband met de liquiditeit. Ondanks deze tegenstrijdige resultaten en vanwege het ontbreken van significantie, kan gesteld worden dat de nulhypothese niet wordt verworpen.

## 5.2 Kwaliteit van zorg

In tabel 9 zijn de resultaten weergegeven van de regressieanalyses om de samenhang van de mate van informatieverstrekking over governance met de heropnamenratio te bekijken. Uit de drie regressieanalyses blijkt een positieve samenhang tussen de mate van governance en de heropnamenratio. Deze resultaten zijn echter niet significant, dus er kan gesteld worden dat er geen significante samenhang is tussen de mate van governance en de heropnamenratio van een ziekenhuis.

Tabel 9. Lineaire-regressieresultaten voor de relatie tussen de mate van informatieverstrekking over governance en de heropnamenratio van een ziekenhuis.

Variabele	Heropnamenratio	R <sup>2</sup>
Subjectieve score	1,523 (1,765)	0,014
Aantal keer governance genoemd	0,185 (0,333)	0,006
Aantal regels over governance	0,021 (0,075)	0,001

Standaardfouten tussen haakjes; \* p < 0,01, \*\* p < 0,05, \*\*\* p < 0,10.

In tabel 10 en 11 zijn de resultaten weergegeven van de regressieanalyses om de samenhang van de mate van informatieverstrekking over governance met de wachttijden te bekijken. Zoals weergegeven in tabel 10 blijkt een zeer kleine negatieve samenhang tussen de mate van informatieverstrekking en het percentage patiënten dat langer dan vier weken moet wachten op een poliklinische afspraak. Deze resultaten zijn echter niet significant en ook de verklaarde variantie is zeer klein. Zoals weergegeven in tabel 11 blijkt er ook een zeer kleine negatieve, tot geen, samenhang tussen de mate van informatieverstrekking en het percentage patiënten dat langer dan zeven weken moet wacht op een behandeling. Ook deze resultaten zijn echter niet significant en daarnaast is de verklaarde variantie zeer klein, of zelfs gelijk aan nul.

Tabel 10. Lineaire-regressieresultaten voor de relatie tussen de mate van informatieverstrekking over governance en de heropnamenratio van een ziekenhuis.

Variabele	Wachttijd polikliniek	R <sup>2</sup>
Subjectieve score	-0,009 (0,020)	0,004
Aantal keer governance genoemd	-0,004 (0,004)	0,026
Aantal regels over governance	-0,001 (0,001)	0,017

Standaardfouten tussen haakjes; \* p < 0,01, \*\* p < 0,05, \*\*\* p < 0,10.

*Tabel 11. Lineaire-regressieresultaten voor de relatie tussen de mate van governance en de heropnamenratio van een ziekenhuis.*

<b>Variabele</b>	<b>Wachttijd behandeling</b>	<b>R<sup>2</sup></b>
Subjectieve score	-0,001 (0,016)	0,000
Aantal keer governance genoemd	0,000 (0,004)	0,000
Aantal regels over governance	-0,000 (0,001)	0,002

Standaardfouten tussen haakjes; \* p < 0,01, \*\* p < 0,05, \*\*\* p < 0,10.

In tabel 12 zijn de resultaten weergegeven van de regressieanalyses om de samenhang van de mate van informatieverstrekking over governance met de patiënttevredenheid te bekijken. Hoewel zeer klein, blijkt er een negatieve samenhang tussen de variabelen die de mate van informatieverstrekking meten en de patiënttevredenheid. De resultaten van deze regressieanalyses zijn echter niet significant, waardoor gesteld kan worden dat er geen significante samenhang is tussen de mate van governance en de patiënttevredenheid. Daarnaast is ook de verklaarde variantie van deze regressieanalyses nagenoeg gelijk aan nul.

*Tabel 12. Lineaire-regressieresultaten voor de relatie tussen de mate van informatieverstrekking over governance en patiënttevredenheid van een ziekenhuis.*

<b>Variabele</b>	<b>Patiënttevredenheid</b>	<b>R<sup>2</sup></b>
Subjectieve score	-0,008 (0,037)	0,001
Aantal keer governance genoemd	-0,002 (0,007)	0,001
Aantal regels over governance	-0,000 (0,002)	0,001

Standaardfouten tussen haakjes; \* p < 0,01, \*\* p < 0,05, \*\*\* p < 0,10.

Wanneer gekeken wordt naar de samenhang tussen de mate van informatieverstrekking over governance en de kwaliteit van zorg van een ziekenhuis, laten de regressieanalyses zien dat de heropnamenratio positief, de wachttijden negatief tot niet en de patiënttevredenheid negatief samenhangt met de mate van governance. Deze resultaten zijn echter niet significant, waardoor de nulhypothese niet verworpen wordt.

## 6. Conclusie & discussie

### 6.1 Conclusie

In deze scriptie is de relatie tussen de mate informatieverstrekking over governance en de financiële positie en kwaliteit van zorg van ziekenhuizen in Nederland onderzocht. Hierbij is de financiële positie geoperationaliseerd als de solvabiliteit, liquiditeit en rentabiliteit van een ziekenhuis. De kwaliteit van zorg is geoperationaliseerd als het de heropnamenratio, de wachttijd voor een poliklinische afspraak, de wachttijd voor een behandeling en het patiënttevredenheidscijfer.

Ten eerste zijn er op basis van de literatuur hypothesen opgesteld. Op basis van de literatuur werd verwacht dat er een positieve samenhang zou zijn tussen de mate van governance en de financiële positie van ziekenhuizen. Er was echter geen literatuur beschikbaar over deze samenhang in de context van de gezondheidszorg, maar deze relatie is wel veel onderzocht in het bedrijfsleven. Daarom is, om te kunnen bepalen of deze relatie ook verwacht kon worden in de context van de gezondheidszorg, er eerst een vergelijking gemaakt tussen de Nederlandse Corporate Governance Code en de Governancecode Zorg. Uit deze vergelijking bleek dat deze codes veel overeenkomsten hebben en daarom werd dezelfde positieve samenhang verwacht in de gezondheidszorg als in het bedrijfsleven. Daarnaast was er geen literatuur die het verband tussen de mate van informatieverstrekking over governance en de financiële positie onderzocht, maar op basis van een artikel van de Monitoring Commissie CGC is de aanname gemaakt dat hoe meer ziekenhuizen de code toelichten, hoe meer zij bezig zijn met goed bestuur en hoe hoger de mate van governance is.

De resultaten van de lineaire-regressieanalyses lieten echter zien dat er geen significante verbanden zijn tussen de mate van governance en de solvabiliteit en rentabiliteit van ziekenhuizen. Bij de liquiditeit bleek wel een significante negatieve samenhang met de subjectieve score, maar niet met het aantal keer dat governance werd genoemd of het aantal regels over governance. Dit negatieve verband tussen de subjectieve score en liquiditeit is in tegenstelling tot wat op basis van de literatuur verwacht werd. Behalve dit verband waren resultaten echter niet significant en op basis daarvan is de nulhypothese niet verworpen.

Daarnaast werd er op basis van de literatuur verwacht dat er een negatieve samenhang zou zijn tussen de mate van informatieverstrekking over governance en de heropnamenratio, een negatieve samenhang met de wachttijden voor de polikliniek en een behandeling, en een

positieve samenhang met de kwaliteit van zorg. Deze samenhang is niet empirisch onderzocht in de literatuur, maar de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Nederlandse Zorgautoriteit, twee toonaangevende instanties die respectievelijk toezicht houden op de kwaliteit van zorg en toezicht houden op de zorgmarkt, verwachten deze relatie wel. De resultaten van de lineaire-regressieanalyses lieten echter zien dat er geen significante verbanden zijn tussen de mate van governance en de patiënttevredenheid, wachttijden voor de polikliniek en een behandeling, en de heropnamenratio.

Concluderend kan gesteld worden dat informatieverstrekking in het jaar- en bestuursverslag van algemene Nederlandse ziekenhuizen over de mate informatieverstrekking over de naleving van de Governancecode Zorg geen positief verband vertoont met de financiële positie of kwaliteit van zorg.

## 6.2 Discussie

De resultaten van dit onderzoek komen niet overeen met wat op basis van de literatuur verwacht werd. Er zijn een aantal beperkingen die hier mogelijk invloed op hebben gehad. Ten eerste de aanname dat de mate van informatieverstrekking in het bestuursverslag een goede indicator is voor de mate van governance. De mate van governance is lastig te operationaliseren en is het niet direct te meten. De mate van informatieverstrekking kan een goede indicator zijn, omdat het iets zegt over (in) hoe(verre) het bestuur bezig is met governance, maar externe verslaggeving geeft natuurlijk niet altijd een goede afspiegeling van wat er intern in een organisatie speelt.

Ten tweede de aannames hoe de financiële positie en kwaliteit van zorg geoperationaliseerd zijn. De financiële positie kan namelijk op veel manieren gemeten worden en er zijn vele beschikbare ratio's. De gebruikte ratio's zijn echter de meest gangbare (BDO, 2018). Ook de operationalisatie van de kwaliteit van zorg is een veel bediscussieerd onderwerp. Kwaliteit van zorg kan op veel manieren gedefinieerd worden en daardoor ook op veel manieren gemeten. De gebruikte indicatoren voor de kwaliteit van zorg, heropnamenratio, wachttijden en patiënttevredenheid, zijn daar, hoewel niet allesomvattend, in ieder geval twee manieren van volgens de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen.

Ten derde de aanname dat er sprake is van lineaire relaties tussen de mate van informatieverstrekking en de financiële ratio's en kwaliteitsindicatoren. Op basis van de scatterplots leek een lineaire relatie het meest waarschijnlijk, maar uiteraard is het mogelijk dat



een ander soort verband beter past. Wanneer bijvoorbeeld naar de aanname dat hoe hoger de ratio's voor de solvabiliteit, liquiditeit en rentabiliteit zijn, hoe beter de financiële positie van een ziekenhuis is wordt gekeken. Deze aanname geldt natuurlijk slechts tot op zekere hoogte: wanneer deze ratio's te hoog zijn, is dit ook niet ideaal (Weygandt et al., 2016). Om deze reden zou er ook sprake kunnen zijn van een niet-lineair verband.

Voor vervolgonderzoek wordt een aantal dingen geadviseerd. Ten eerste om bepaalde concepten anders te operationaliseren, zoals de mate van governance en de kwaliteit van zorg. Het is mogelijk dat wanneer de mate van governance bijv. gemeten wordt aan de hand van interviews van medewerkers van de zorginstelling, dat hierdoor meer informatie beschikbaar is en een andere mate van governance blijkt. Ook de kwaliteit van zorg zou niet alleen gemeten kunnen worden als de heropnamenratio, wachttijden en patiënttevredenheidscijfer, maar ook als de andere indicatoren die de Inspectie voor de Gezondheidszorg aanhoudt. Ten tweede wordt er ook geadviseerd om andere dingen die van invloed zijn op de mate van informatieverstrekking en de mate van governance te onderzoeken in hun samenhang met de financiële positie en kwaliteit van zorg, zoals de samenstelling van het bestuur en grootte van het ziekenhuis (Carter, Simkins & Simpsons, 2003; Laing & Weir, 1999). Tot slot wordt geadviseerd om over een aantal jaar deze relatie opnieuw te onderzoeken. Bij de jaar- en bestuursverslagen van 2017, die in dit onderzoek gebruikt zijn, was de Governancecode Zorg pas sinds 1 januari geïntroduceerd. De mate van informatieverstrekking in het jaar- en bestuursverslag was, mogelijk vanwege deze reden, over het algemeen ook erg laag. Wanneer de ziekenhuizen meer tijd hebben gehad om deze goed te implementeren en er meer verschillen zijn tussen de ziekenhuizen, zou het kunnen zijn dat er dan wel een significante relatie wordt gevonden met de financiële positie en kwaliteit van zorg.

## Literatuurlijst

- Bauer, R., Guenster, N., & Otten, R. (2004). Empirical evidence on corporate governance in Europe: The effect on stock returns, firm value and performance. *Journal of Asset management*, 5(2), 91-104.
- Brancheorganisaties Zorg (2017). Governancecode Zorg. Verkregen van: <https://www.governancecodezorg.nl/wp-content/uploads/2016/11/Governancecode-Zorg-2017.pdf>
- Beiner, S., Drobetz, W., Schmid, F., & Zimmermann, H. (2004). Is board size an independent corporate governance mechanism?. *Kyklos*, 57(3), 327-356.
- Campbell, S.M, Roland, M.O. & Buetow, S.A. (2000). Defining quality of care. *Social Science & Medicine*, 51 (11), pp. 1611-1625.
- Carter, D. A., Simkins, B. J., & Simpson, W. G. (2003). Corporate governance, board diversity, and firm value. *Financial review*, 38(1), 33-53.
- Drobetz, W., Schillhofer, A., & Zimmermann, H. (2004). Corporate governance and expected stock returns: Evidence from Germany. *European financial management*, 10(2), 267-293.
- Corporate Governance Code (2016). De Nederlandse Corporate Governance Code. Verkregen via: <https://www.mccg.nl/download/?id=3364>
- Dutillieux, W. (2006). De invloed van Corporate Governance op de waardering en prestaties van ondernemingen. *Tijdschrift voor Economie en Management*, 51(2).
- DeJong, D.V., Jong, A. de, Mertens, G.M.H. & Wasley, C.E. (2001). Corporate governance in Nederland: governance en financiële prestaties. *MAB*, 3, pp. 103-116.
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (geraadpleegd op 9 april 2019). *Cijfers over de kwaliteit van zorg*. Verkregen via: [www.ziekenhuischeck.nl](http://www.ziekenhuischeck.nl)
- DHD. (2019). Heropnamenratio. Geraadpleegd op 14 mei 2019). Verkregen van <https://www.dhd.nl/klantenservice/paginas/Heropnamenratio.aspx>
- Ees, H. van, Postma, T.J.M. & Boer, E.J. de (2002). Corporate Governance en Ondernemingsprestaties. *Bedrijfskunde*, 74(2), pp. 21-30. Verkregen van <https://nextlevel.pro/wp-content/uploads/Artikel-Governance-en-performance.pdf>
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2019). Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Geraadpleegd op 29 mei 2019 van <https://www.igj.nl/onderwerpen/goed-bestuur>

- John, T.A. (1993). Accounting Measures of Corporate Liquidity, Leverage and Costs of Financial Distress. *Financial Management*, 22(3), pp. 91-100. Verkregen van <https://www.jstor.org/stable/pdf/3665930.pdf?refreqid=excelsior%3A947b154d073a87615eb86a8ed2a11cf3>
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (geraadpleegd op 9 april 2019). *Cijfers over de kwaliteit van zorg*. Verkregen via: [www.ziekenhuischeck.nl](http://www.ziekenhuischeck.nl)
- NOS (2018). Bestuur ziekenhuizen Loek Winter ontkent acute geldproblemen (geraadpleegd op 2 juni 2019). Verkregen van <https://nos.nl/artikel/2240609-bestuur-ziekenhuizen-loek-winter-ontkent-acute-geldproblemen.html>
- Laing, D., & Weir, C. M. (1999). Governance structures, size and corporate performance in UK firms. *Management decision*, 37(5), 457-464.
- BDO (2018). BDO-Benchmark Ziekenhuizen 2018. Verkregen van: [https://www.skipr.nl/wosmedia/11051/bdo\\_benchmark\\_ziekenhuizen\\_2018.pdf](https://www.skipr.nl/wosmedia/11051/bdo_benchmark_ziekenhuizen_2018.pdf)
- Wet Normering Topinkomens (2013). Verkregen van <https://www.topinkomens.nl/>