

Nederlandse ziekenhuizen: prognose infaust?

Kansen voor private investeringen en de waarde van businessmodellen in de Nederlandse ziekenhuiszorg

Thesis ter afronding van de MBA Health aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam

drs. M.H. Smolders

drs. C.J. Otto

drs. S.P.L. Jansen

Thesis begeleiders:

Prof.dr. A.A. de Roo

Prof.dr. J. Moen

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	3
Hoofdstuk 1 – Inleiding	5
Hoofdstuk 2 – Onderzoeksopzet	13
Hoofdstuk 3 – Theorie van businessmodellen	17
Hoofdstuk 4 – Financiering van ziekenhuizen	27
Hoofdstuk 5 – Analyse toepassing businessmodellen	38
Hoofdstuk 6 – Analyse financiering ziekenhuizen	46
Hoofdstuk 7 – Interviews	61
Hoofdstuk 8 – Discussie.....	68
Hoofdstuk 9 – Conclusies	72
Bijlage I – Analyse jaarrekeningen 20 geselecteerde ziekenhuizen	
Bijlage II – Analyse gegevens DigiMV	
Bijlage III – Lijst geïnterviewde personen	

Samenvatting

Inleiding

De kosten van de Nederlandse gezondheidszorg nemen steeds verder toe en leiden de laatste jaren tot structurele overschrijdingen van het budgettair kader zorg. Het huidige beleid ten aanzien van financiering van de gezondheidszorg is dan ook niet houdbaar.

Door ingrijpende wetswijzigingen bevindt het Nederlandse zorgstelsel zich momenteel in een transitiefase van aanbodsturing en budgettering naar vraagsturing en prestatiebekostiging waarbij ziekenhuizen zelf verantwoordelijk worden voor een gezonde exploitatie. Vanwege de financiële consequenties van de stelselwijziging is er behoefte aan extra vermogen. Het wordt echter steeds lastiger om vermogen aan te trekken door het verdwijnen van overheidsgaranties en de kredietcrisis.

Een van de opties voor ziekenhuizen is het aantrekken van vermogen in de vorm van privaat kapitaal. Hierbij is het voor potentiële investeerders van cruciaal belang of er op het geïnvesteerd vermogen ook (voldoende) rendement kan worden behaald. Het is dus belangrijk om meer inzicht te krijgen in (de risico's van het investeren in) ziekenhuisorganisaties. Hierbij kan onder meer worden gekeken naar de huidige businessmodellen in de zorg en naar de wijze waarop deze in de Nederlandse ziekenhuizen toegepast worden. Ook moet duidelijk zijn op welke wijze de ziekenhuizen momenteel gefinancierd worden en wat de kansen en bedreigingen in de huidige en toekomstige zorgmarkt zijn. Op deze wijze kunnen investeerders de markt analyseren en een betere inschatting maken van mogelijke interessante investeringsproposities.

Doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek wordt als volgt gedefinieerd:

Het in beeld brengen van (i) de huidige financieringsstructuur van de Nederlandse ziekenhuizen, (ii) de risico's van deze structuur in het licht van de transitie naar (gereguleerde) marktwerking en (iii) de waarde van businessmodellen voor ziekenhuizen in een dergelijk marktstelsel.

Businessmodel

Een businessmodel is een dynamisch, integraal organisatiemodel, waarmee hulpbronnen en kerncompetenties op een zodanige wijze kunnen worden geconfigureerd in bedrijfsprocessen dat superieure waarde wordt gecreëerd zowel voor de klant als voor de organisatie waardoor een duurzaam concurrentievoordeel en een gezond exploitatieoverschot kan worden gerealiseerd.

Een businessmodel bestaat uit de volgende zes elementen: strategie, organisatiestructuur en bedrijfsprocessen, cultuur, mensen, middelen en resultaten. Cruciaal voor het eindresultaat is een juiste invulling en afstemming van de diverse elementen van het businessmodel zodat een optimale synergie kan worden bereikt.

Zowel uit het literatuur- als uit het praktijkonderzoek blijkt dat, hoewel de Nederlandse ziekenhuizen steeds meer als onderneming worden gezien, businessmodellen nog niet integraal worden toegepast in ziekenhuizen en zij dus niet optimaal profiteren van de meerwaarde die een businessmodel voor

een organisatie kan opleveren. Doordat slechts enkele elementen (gedeeltelijk) belicht worden gaat er veel potentiële waarde in termen van kwaliteit en rendement verloren.

Hierin liggen belangrijke kansen voor private partijen die meer kennis en ervaring hebben met het toepassen van een (integraal) businessmodel en zo een substantieel hoger rendement in ziekenhuizen kunnen realiseren.

Financiering

Door de toegenomen vraag naar ziekenhuiszorg in de komende decennia en door toekomstige herfinancieringvraagstukken zal er de komende jaren bij de Nederlandse ziekenhuizen een forse vermogensbehoefte bestaan. Ziekenhuizen zullen op twee manieren in deze behoefte kunnen voorzien.

Ten eerste kan een gerealiseerd exploitatieoverschot toegevoegd worden aan het eigen vermogen. Zoals hierboven reeds vermeld kan de integrale toepassing van businessmodellen hieraan in positieve zin bijdragen. Door de toenemende druk op het macrobudget zal het echter niet mogelijk zijn om uit de eigen exploitatie aan de volledige vermogensbehoefte te kunnen voldoen.

Ten tweede kan vermogen van buiten de onderneming aangetrokken worden. Dit externe vermogen kan zowel eigen als vreemd vermogen zijn. Verschaffers van vreemd vermogen zullen – door de toegenomen risico's en door de strengere regels die volgen uit het Basel III akkoord – steeds hogere eisen stellen aan de eigenvermogenspositie van de ziekenhuizen. De genoemde risico's zijn het gevolg van de huidige financieringssystematiek en van het ingezette overheidsbeleid naar een systeem van gereguleerde marktwerking en vormen voor meerdere ziekenhuizen of zelfs de gehele sector een reële bedreiging voor hun voortbestaan.

Naar verwachting zal de solvabiliteit van de Nederlandse ziekenhuizen dan ook naar uiteindelijk circa 25% moeten groeien. Hiervoor is echter meer dan twee miljard Euro nodig. De mogelijkheden van de Nederlandse overheid om het eigen vermogen van de ziekenhuizen te versterken zijn door de (Europese) mededingingswetgeving en door de druk op het overheidsbudget echter zeer beperkt.

De consequentie hiervan is dat het eigen vermogen versterkt zal moeten worden middels privaat kapitaal. Hoewel de mogelijkheden voor de introductie van privaat kapitaal in de huidige wetgeving al opgenomen zijn, is de toepassing hiervan door het bestaan van een winstklem momenteel nog zeer beperkt. Zodra de overheid echter de mogelijkheid om winst uit te keren in de wet verankert en daarmee blijk geeft van een consistente beleidslijn op weg naar marktwerking zullen de veldpartijen de regie overnemen en zal de introductie van risicodragend eigen vermogen in de Nederlandse ziekenhuizen het logische gevolg zijn.

Conclusie

Private investeerders kunnen door de integrale toepassing van businessmodellen en door investeringen middels risicodragend eigen vermogen zorgen voor een gezonde (financiële) situatie van de Nederlandse ziekenhuizen.

Hoofdstuk 1 – Inleiding

Achtergrond

De Nederlandse zorgmarkt staat voor grote uitdagingen. Uitdagingen ten aanzien van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. De voornaamste uitdaging ligt op het gebied van de betaalbaarheid. Nederland wordt geconfronteerd met stijgende zorgkosten en achterblijvende budgetten. Demografische ontwikkelingen vormen een belangrijke oorzaak van deze problematiek. De onbalans neemt de komende jaren verder toe en is op termijn niet houdbaar.¹ De collectieve last van de gezondheidszorg vormt inmiddels een substantieel deel van de totale begroting van Nederland (circa 10% van het BBP)². Dit maakt de zorgmarkt tot een veel besproken en onderzocht vraagstuk binnen maatschappij, overheid en politiek.

Globaal gezien is aanpassing op twee fronten mogelijk: het verruimen van de financiële middelen (door individuele bijdragen of verhoging van de collectieve uitgaven) en het verlagen van de kosten (verhogen van de efficiëntie of het terugdringen van de vraag). Om dit laatste te bereiken heeft de Nederlandse overheid in het afgelopen decennium met structurele wetswijzigingen (gereguleerde) marktwerking ingevoerd. Het stelsel is gewijzigd van aanbodregulering en budgettering naar vraagsturing en prestatiebekostiging. Ook wordt er een groter beroep gedaan op financiële bijdragen door patiënten zelf. Het basispakket wordt verkleind en het eigen risico verhoogd. Het beoogde effect van deze maatregelen ligt op beide fronten maar met name bij kostenverlaging. De betaalbaarheid van de zorg blijft echter een aandachtspunt.³

De uitdagingen waar Nederland voor staat doen zich ook voor in veel andere Europese landen. Ook in deze landen, waar de bevolking vergrijst, vormt de betaalbaarheid van de zorg een grote uitdaging.⁴ Opmerkelijk is echter dat in deze landen nog een ander middel wordt toegepast om de betaalbaarheid te verbeteren. Dit gebeurt door het toelaten van privaat kapitaal in de zorg met de mogelijkheid van winstuitkering. In Duitsland en het Verenigd Koninkrijk wordt zorg al jaren aangeboden door publieke en private instellingen, die naast elkaar in de markt opereren. Sommige partijen zijn zelfs beursgenoteerd en actief in meerdere landen.⁵ Het aantrekken van privaat kapitaal door ziekenhuizen is ook voor Nederland een mogelijke oplossing.

Private investeerders zijn geïnteresseerd in de Nederlandse gezondheidszorg, maar blijken nog terughoudend te zijn met het betreden van de zorgmarkt. Tot op heden heeft het aantal participaties in ziekenhuizen zich beperkt tot twee⁶. De barrière om de Nederlandse zorgmarkt te betreden ligt onder andere in de wettelijke beperking voor het uitkeren van winst. Dit is momenteel een actueel thema en politieke discussies zijn gaande om winstuitkering toe te staan.⁷ De algemene verwachting is dat dit op termijn zal gebeuren.

¹ [Nivel, *Health System in Transition*, volume 12, nr. 1, 2010]

² [www.who.int, www.oecd.org, www.cbs.nl]

³ [T Poiesz, J Caris, *Ontwikkelingen in de Zorgmarkt, een strategische analyse*, Kluwer, 2010]

⁴ [www.who.int, www.oecd.org]

⁵ [P Jeurissen, *For profit hospitals*, Optima Grafische Communicatie, 2010]

⁶ [Slotervaartziekenhuis en IJsselmeerziekenhuizen (nu MC Groep), corporate websites]

⁷ [Zorgvisie, *Nieuw kabinet kiest voor winstuitkering in de zorg*, 30 september 2010, www.zorgvisie.nl. Regeerakkoord kabinet Rutte I, 2010]

Door het toelaten van privaat kapitaal in de zorg kan een deel van de publieke financiering van zorginstellingen worden overgenomen door private investeerders. Daarmee ontstaat ruimte voor de overheid om deze middelen aan te wenden voor andere doeleinden. Een tweede gunstig effect van privaat kapitaal is de (financiële) stimulans om doelmatiger te gaan werken.⁸ Ten behoeve van de continuïteit van zorginstellingen is namelijk een doelmatige exploitatie en een gezonde financiële huishouding vereist. Op deze wijze kan groei gefaciliteerd worden en kan vermogen (eigen danwel vreemd vermogen) eenvoudiger worden aangetrokken. Naast een toename van de financierbaarheid wordt met privaat kapitaal ook een bijdrage geleverd aan de betaalbaarheid van de zorg, doordat efficiencyverbeteringen de kosten verlagen. Dat de Nederlandse gezondheidszorg verbeterpotentieel bevat ten aanzien van doelmatigheid wordt aangetoond door diverse onderzoeken. Het beeld wordt in praktijk bevestigd door de Zelfstandige Behandelcentra (ZBC's) die over het algemeen tegen lagere kosten werken dan traditionele ziekenhuizen met vergelijkbare of zelfs hogere kwaliteit.⁹

Het Nederlandse zorgstelsel

Vanaf de jaren tachtig werden de kosten van zorginstellingen in Nederland min of meer automatisch vergoed door de overheid. Dit betrof zowel de kosten voor de zorgverlening als voor de huisvesting (kapitaallasten). De markt was sterk aanbodgedreven en de financiering van zorg was gericht op capaciteit, die weer werd uitgedrukt in vierkante meters, aantal bedden, aantal medisch specialisten en zorgfuncties. Zorginstellingen leverden naar beschikbaarheid (capaciteit en budget).¹⁰ Het aanbod van zorg was toereikend voor de vraag naar zorg en het beschikbare budget kon worden vrijgemaakt uit de collectieve middelen.

Vanaf de jaren negentig begon de vraag naar zorg echter geleidelijk toe te nemen. Dit werd veroorzaakt door demografische ontwikkelingen (vergrijzing en ontgroening), ontwikkeling van de medische wetenschap en medische technologie (groei van het aantal behandelingen en behandelbare ziektebeelden) en een toename van de welvaart (hogere eisen van patiënten en toenemende vraag naar cosmetische behandelingen). Door deze ontwikkelingen nam het aantal gebruikers van de zorg en het aantal behandelingen per gebruiker toe, wat resulteerde in een toename van de totale kosten van de gezondheidszorg. De groei van de vraag naar zorg lag hoger dan het tempo waarmee het aanbod van zorg en het beschikbare budget werd uitgebreid. Daarbij was de financieringsstructuur van de zorgmarkt in de jaren negentig zo vormgegeven dat een hogere productie (dan was gebudgetteerd) niet werd uitbetaald en zelfs tot tekorten kon leiden. Het aanbod werd ontoereikend voor de vraag. Als gevolg hiervan ontstonden lange wachtlijsten. Ook kwam het voor dat er zelfs lege bedden in ziekenhuizen aanwezig waren, omdat het jaarbudget van de zorginstelling verbruikt was.¹¹ Het systeem was niet langer in evenwicht, waarbij de beschikbaarheid en de betaalbaarheid van de zorg de grootste problemen vormden.

De overheid heeft haar beleid als reactie op deze ontwikkelingen in de jaren tachtig en negentig aangepast. In het begin van de jaren tachtig was het overheidsbeleid met name gericht op ziekte en stond het aanbod van behandelingen centraal. Eind jaren tachtig ontstond echter de gedachte dat het overheidsbeleid gericht moest zijn op gezondheid in plaats van ziekte. Het hieruit ontwikkelde

⁸ [P Jeurissen, *For profit hospitals*, Optima Grafische Communicatie, 2010]

⁹ [IGZ, *Het resultaat telt, particuliere klinieken*, 2009. Boer & Croon, *Zelfstandige Behandel Centra: kwaliteit van zorg, efficiëntie en innovatiekracht*, 2011]

¹⁰ [JM Boot, MHJM Knapen, *De Nederlandse Gezondheidszorg*, Bohn Stafleu en van Loghum, 2005]

¹¹ [J Doets, *Financiering en organisatie van ziekenhuizen*, in: Medische Specialistische Zorg, Mediforum, 2011]

gezondheidsbeleid was dan ook meer gericht op de vraag naar zorg. Om dit te bewerkstelligen was het nodig om de vraag en aanbod naar zorg beter op elkaar af te stemmen. De eerste gedachten over marktwerking in de zorg werden hiermee geïntroduceerd. Er verschenen diverse beleidsnota's waarbij de eerste wijziging naar marktwerking werd ingezet met de 'Nota 2000' in 1986. Het rapport 'Bereidheid tot verandering' van de Commissie Dekker in 1987 legde de nadruk op de herstructurering van de zorgverzekering tot een uniforme basisverzekering en de introductie van een systeem van gereguleerde marktwerking.¹² Vanaf dat moment heeft de overheid haar beleid steeds meer gericht op marktwerking, waarbij de koers af en toe beïnvloed werd door de politieke kleur van het zittende kabinet en voortschrijdend inzicht. Op basis van het rapport van de Commissie Dekker is in 1990 het plan Simons 'werken aan zorgvernieuwing' uitgebracht. Dit hield echter geen stand door tegenwerking van verschillende politieke partijen.

Als antwoord op de steeds langer wordende wachtlijsten introduceerde de overheid eind jaren negentig het zogenoemde 'Boter bij de vis' beleid. Dit beleid hield in dat extra geld beschikbaar werd gesteld om de wachtlijsten weg te werken door het verhogen van de productie van de ziekenhuizen. Er werd echter wel ingezien dat dit niet een structurele oplossing voor de problemen in de gezondheidszorg was en dat een koerswijziging noodzakelijk was om de Nederlandse gezondheidszorg betaalbaar te houden. Deze hervorming van de zorg is bekend geworden onder de term 'van aanbod- naar vraagsturing'.

Vanaf 2003 wordt in de verschillende regeerakkoorden gesproken over marktwerking in de zorg. In die jaren worden structurele wijzigingen ingezet met de invoering van gereguleerde marktwerking. Eigen verantwoordelijkheid en initiatief van partijen in de zorg komen voorop te staan, waarbij de rol van de overheid verandert van 'direct aansturend' naar 'voorwaarden scheppend'. Wel worden hieraan enkele voorwaarden gehangen zoals het borgen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg en het bevorderen van concurrentie.

In 2006 zijn als gevolg van het overheidsbeleid drie nieuwe wetten van kracht geworden: de Zorgverzekeringswet (ZVW), de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) en de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg). Hiermee werd de markt (deels) geliberaliseerd en werden de ziekenfondsen en particulier zorgverzekeringen vervangen door één verplichte basisverzekering. Hiermee werd concurrentie in de zorg ingevoerd en transparantie vergroot.

Een andere belangrijke ontwikkeling betreft de invoering van de Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) in 2005. Een DBC omvat het geheel aan ziekenhuisactiviteiten, zoals polikliniek bezoek, diagnostiek en behandeling in het kader van een bepaalde zorgvraag. De verschillende DBC's zijn verdeeld over een A-segment, waarbij maximumtarieven worden vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) en een B-segment, waar vrije prijsafspraken mogelijk zijn. Met de invoering van de DBC-systematiek werd beoogd dat ziekenhuizen en medisch specialisten efficiënter gaan werken en met elkaar gaan concurreren op basis van prijs en kwaliteit. In eerste instantie werd slechts 10% van alle behandelingen overgelaten aan de vrije markt in het B-segment en werd 90% nog altijd gebudgetteerd in het A-segment. In de loop der jaren heeft er echter een verschuiving plaatsgevonden van het A-segment naar het B-segment, waardoor momenteel voor 34% van alle behandelingen vrije prijsvorming geldt.

Na de val van het laatste kabinet in februari 2010 was het de vraag of de ingezette stelselherziening door het nieuwe kabinet zou worden voortgezet. Doordat de zorgkosten bleven stijgen en er fors bezuinigd diende te worden, was het de vraag of marktwerking hier wel het juiste middel voor was. Hierdoor ontstonden verschillende discussies over de meerwaarde en de toepasselijkheid van marktwerking op de gezondheidszorg. Ook andere vragen kwamen hierbij naar voren, zoals of de kwaliteit van zorg voldoende geborgd kon worden in handen van private partijen, of betaalbaarheid

¹² [JM Boot, MHJM Knapen, *De Nederlandse Gezondheidszorg*, Bohn Stafleu en van Loghum, 2005]

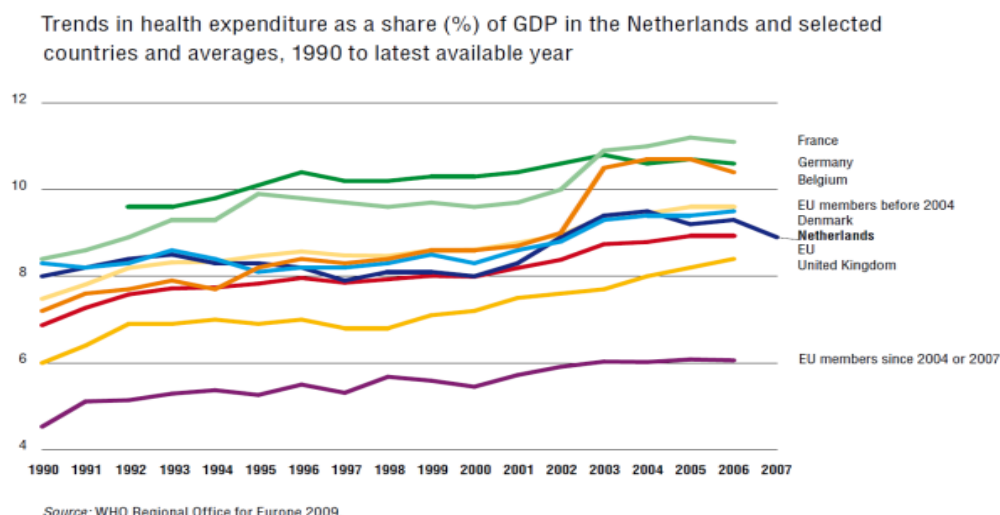
en kwaliteit van zorg wel in één hand kunnen gaan en of het groeiend aantal ZBC's dat zorg 'wegneemt' bij de algemene ziekenhuizen wel wenselijk is. Uit onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bleek echter dat de stelselwijzigingen wel degelijk het gewenste effect sorteerden en dat de kwaliteit van zorg juist toenam en de kosten afnamen.¹³

Inmiddels is duidelijk dat het kabinet Rutte het ingezette overheidsbeleid voortzet en marktwerking verder zal bevorderen.¹⁴ Wel wordt een plafond ingesteld om het macro zorgbudget te beheersen. Belangrijke punten uit het regeerakkoord over de gezondheidszorg zijn:

- Uitbreiding vrije prijsvorming door uitbreiding van het B-segment
- Invoering van DBC op weg naar Transparantie (DOT)
- Afschaffing van de Functiegerichte Budgettering en invoering van Prestatiebekostiging
- Winstuitkering moet onder voorwaarden mogelijk worden
- Instellen van een macrobudgettair kader

Ondanks de punten uit het huidige regeerakkoord blijft emotie het politieke klimaat beïnvloeden, waardoor onvoorspelbaar blijft of de ingezette koers doorgezet kan worden. De vraag blijft of marktwerking en concurrentie bijdragen aan kwaliteit en doelmatigheid. Ondanks alle voor- en tegenargumenten van marktwerking zullen in Nederland de kosten moeten worden verlaagd en zal de efficiency moeten worden verbeterd. Alleen op deze wijze kunnen de kosten van de gezondheidszorg, bij een toenemende vraag, worden beheerst.

De gezondheidszorg vormt een belangrijk deel van de Nederlandse economie. Zowel ten aanzien van het percentage van de beroepsbevolking dat hier werkzaam in is als ten aanzien van de omvang van de collectieve uitgaven. In de curatieve zorgsector (ziekenhuizen, ZBC's en vrijgevestigd medisch specialisten) gaat in 2011 circa € 18 miljard om op een totaal van aantal circa 250.000 werkzame personen. De curatieve zorgsector is hiermee verantwoordelijk voor ruim 7 % van de collectieve uitgaven.¹⁵ Dit aandeel stijgt al jaren, zowel absoluut als relatief en de verwachting is dat deze ontwikkeling zich ook de komende decennia zal voortzetten. Overigens is Nederland niet het enige land waar deze problematiek een rol speelt. Ook in andere Europese landen is deze ontwikkeling op vergelijkbare wijze gaande. Een en ander is weergegeven in onderstaande figuur.



Figuur 1 - Ontwikkeling collectieve uitgaven gezondheidszorg

¹³ [www.nza.nl/95826/98478/132854/85037/136593/090919_Rapport_NZa_STC.pdf]

¹⁴ [Regeerakkoord kabinet Rutte I, 2010]

¹⁵ [CW Veld, *De Bekostiging*, Ministerie van VWS, directie Curatieve Zorg, 2011]

Ontwikkelingen in de gezondheidszorg op sociaal en cultureel vlak doen zich niet alleen voor in Nederland, maar ook in veel andere Westerse landen. Door alle soorten media op het gebied van de zorg hebben patiënten veel meer informatie tot hun beschikking. Patiënten zijn mondiger en stellen meer kritische vragen over diagnose en behandeling. De arts wordt tegenwoordig minder als 'autoriteit' gezien. Door zijn actievare rol wordt de patiënt steeds meer als cliënt (klant) benaderd. Het voordeel hiervan is dat patiënten intensiever betrokken raken bij hun behandeling wat de therapietrouw bevordert. Daarnaast zorgt de aanwezigheid van verschillende culturen in de Nederlandse samenleving voor verschillen in ziektebeleving.

Doordat zorg en gezondheid steeds belangrijkere thema's worden krijgt preventie ook meer aandacht. Dit wordt (financieel) gestimuleerd door overheid en zorgverzekeraars, daar dit in de toekomst kostenbesparing kan opleveren. Verder is uiterlijk een steeds belangrijkere factor in onze samenleving, wat leidt tot een toenemende belangstelling voor cosmetische behandelingen en daaraan gelieerde producten en diensten.¹⁶

Op technologisch gebied zijn vooral de ontwikkelingen op het gebied van ICT relevant voor de gezondheidszorg. Door investeringen op het gebied van de ICT kan gewerkt worden aan een verdere verbetering van de efficiency en kwaliteit van zorg. Door de ontwikkeling van een Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) is patiënteninformatie op meerdere plaatsen beschikbaar, waardoor onder andere fouten met het toedienen van medicatie kunnen worden voorkomen. De toegankelijkheid van gegevens wordt hier verder door verbeterd voor zowel patiënten als zorgverleners.¹⁷ Verder kan ICT administratieve en logistieke processen verbeteren en speelt het een rol bij het onderwijs aan zorgverleners en patiënten door middel van e-learning en kan zorg en diagnostiek op afstand plaatsvinden door e-health.

Verder staat de ontwikkeling van nieuwe geavanceerde medische apparatuur ten behoeve van betere diagnostiek en behandeling in de vorm van nieuwe CT en MRI scans niet stil. Hierdoor kunnen ziektebeelden sneller worden vastgesteld en behandeld worden. Ook vindt veel innovatie plaats op het gebied van de ontwikkeling van medicamenten.

Door de bovenbeschreven ontwikkelingen nemen de kosten van de Nederlandse gezondheidszorg steeds verder toe hetgeen leidt tot jaarlijkse overschrijdingen van het budgettaire kader zorg. Recente schattingen geven aan dat de overschrijding voor 2010 op 2,1 miljard euro uitkomt, waarvan 1,5 miljard euro voor de curatieve zorg. Er ligt derhalve een uitdaging om deze kosten in Nederland in de hand te houden, daar de zorg anders in de toekomst niet meer betaalbaar is. Zoals al eerder aangegeven kan dit slechts op een aantal manieren worden gerealiseerd. Zo is één van de mogelijkheden die de Minister heeft het basispakket te verkleinen, waardoor bepaalde zorg alleen nog in het aanvullende pakket zal worden vergoed. Een andere mogelijkheid is het verhogen van de eigen bijdragen. Dit beperkt echter de toegankelijkheid van zorg voor mensen uit de lagere sociaaleconomische klassen, die in de praktijk de meeste gezondheidsklachten hebben. Beide mogelijkheden liggen politiek zeer gevoelig en onduidelijk is of deze maatregelen derhalve haalbaar zijn. In het verleden heeft de Minister de overschrijdingen teruggehaald via een korting bij de zorgaanbieders, waaronder de ziekenhuizen.

¹⁶ [T Poiesz, J Caris, *Ontwikkelingen in de Zorgmarkt, een strategische analyse*, Kluwer, 2010]

¹⁷ [Nictiz, *Zonder ICT geen zorg*, 2010.]

Privaat kapitaal

De introductie van gereguleerde marktwerking in de zorg en de gelijktijdige afbouw van overheidsgaranties leidt ertoe dat ziekenhuizen steeds meer verantwoordelijk worden voor de eigen exploitatie. Mede vanwege de financiële consequenties van de stelselwijziging is er behoefte aan extra vermogen. Een van de opties is vermogen aan te trekken in de vorm van privaat kapitaal. Zoals beschreven vervult privaat kapitaal (en het hebben van een winstoogmerk) in veel Europese landen een belangrijke rol bij de financiering van zorginstellingen, waaronder ziekenhuizen. Zo zijn er meerdere private partijen, die ketens van ziekenhuizen exploiteren, waarbij dividend wordt uitgekeerd aan aandeelhouders. Sommige van deze partijen zijn zelfs beursgenoteerd. Het aantrekken van privaat kapitaal door ziekenhuizen is ook voor Nederland een voor de hand liggende oplossing. Om een beter beeld van de rol van privaat kapitaal in de gezondheidszorg te krijgen wordt hierna de situatie in Duitsland en het Verenigd Koninkrijk beschreven. Vervolgens wordt gekeken naar de Nederlandse situatie.

Duitsland

De Duitse ziekenhuismarkt kent zowel publieke als private ziekenhuizen, die naast elkaar in de markt opereren. Reeds sinds 1850 bestaan er in Duitsland private ziekenhuizen met een winstoogmerk. Deze private ziekenhuizen waren veelal kleinschalig en gespecialiseerd in bepaalde zorgniches. Grotere algemene ziekenhuizen bleken in het verleden niet financierbaar zonder publieke middelen. Aan het eind jaren 90 is het aantal private algemene ziekenhuizen echter fors gestegen.¹⁸

Na de val van de muur had met name de voormalige DDR te maken met vele niet-renderende en gedateerde ziekenhuizen. Private partijen hebben deze ziekenhuizen overgenomen en gereorganiseerd. Bovendien was het voor hen relatief eenvoudig om extra vermogen aan te trekken uit staatsfondsen om zo een verdere groei te financieren. Dit was mogelijk doordat de overheid alles in het werk stelde om de ontwikkeling van de nieuwe bondslanden te stimuleren. De private (for-profit) ziekenhuizen maakten dankbaar gebruik van deze ontwikkelingen, dit in tegenstelling tot de publieke (non-profit) ziekenhuizen. Hierdoor bereikten de private ziekenhuizen een vergelijkbare schaal als de publieke ziekenhuizen. Hiernaast behielden ze ook de traditionele nichemarkt voor winstgevende, electieve zorg, waardoor hun marktaandeel steeds verder toenam.¹⁹

Door de jaren heen zijn steeds meer publieke ziekenhuizen geprivatiseerd en deze ontwikkeling zet zich nog altijd voort. In de huidige markt wordt een derde van de zorg op de Oost-Duitse ziekenhuismarkt geleverd door enkele ketens van (grootschalige) private ziekenhuizen.

Verenigd Koninkrijk

De National Health Service (NHS) is in 1948 opgericht en omvat het stelsel van publieke ziekenhuizen in het Verenigd Koninkrijk. De Tweede Wereldoorlog vormde de basis van het besef dat iedereen recht heeft op goede basiszorg en dat dit een taak van de overheid is. Het doel van de oprichting van de NHS was om alle inwoners toegang te verschaffen tot primaire en secundaire zorg. De NHS wordt gefinancierd uit belastinginkomsten en bestaat uit vier regionale organisaties voor Engeland, Schotland, Wales en Noord-Ierland. Naast deze publieke ziekenhuizen bestaan er in het Verenigd

¹⁸ [P Jeurissen, *For profit hospitals*, Optima Grafische Communicatie, 2010]

¹⁹ [European Observatory on Health Systems, *Health Care Systems in Transition*, Germany, 2004]

Koninkrijk private ziekenhuizen.²⁰ Deze private ziekenhuizen richten zich van oudsher op het topsegment aan zorg en zijn in het algemeen slechts toegankelijk voor welvarende inwoners. Overigens worden de private ziekenhuizen soms wel als onderaannemer van de NHS ingezet.

Met de oprichting van de NHS trokken veel andere zorgaanbieders zich terug uit de (algemene) acute zorg. Als antwoord hierop ontwikkelden de private ziekenhuizen zich geleidelijk tot een onafhankelijke sector en leverden zij onverzekerde zorg. De diensten die door de private ziekenhuizen worden aangeboden zijn hoofdzakelijk een aanvulling op de diensten van de NHS. Patiënten die een alternatief willen en dit kunnen betalen wenden zich tot de private ziekenhuizen, bijvoorbeeld om wachtlijsten te ontlopen, voor cosmetische behandelingen of voor de luxere omgeving. De diensten zijn min of meer complementair aan elkaar, waarbij de private sector afhankelijk is van het aanbod en de kwaliteit van dienstverlening van de NHS. Waar de zorg van de NHS voor patiënten eindigt of te wensen over laat, begint de markt voor de private sector.²¹

Na de oprichting van de NHS stegen de kosten enorm. Het werd steeds moeilijker om aan de vraag naar zorg te voldoen en als gevolg hiervan ontstonden lange wachtlijsten. Dit alles leidde tot algehele onvrede hierover binnen de gehele maatschappij, de politiek en de zorgmarkt. In de jaren zeventig was de situatie niet langer houdbaar en vond er een verschuiving plaats van (algemene) zorg naar de private ziekenhuizen. Zij speelden in op de grote problemen die er binnen de NHS speelden en konden op deze wijze hun marktaandeel snel uitbreiden. Dit was ook het moment van nieuwe toetreders in de zorgmarkt in het Verenigd Koninkrijk.

Vanaf 1997 investeert de overheid weer meer in de NHS, waardoor de markt voor de private sector kleiner werd. Vanwege deze vermogensinjectie in de publieke sector is het voor de private sector lastiger geworden om tegen dezelfde lage kosten als de publieke sector de zorg te leveren. Anno 2010 wordt 75% van de private sector gevormd door ziekenhuizen met een winstootmerk, maar door de stevige basis van de NHS en de toename van de kwaliteit is het groeipotentieel van de private markt beperkt.²²

Nederland

In Nederland was tot voor kort geen mogelijkheid voor private investeerders om in ziekenhuizen te participeren. Dit veranderde op het moment dat een aantal ziekenhuizen door slecht (financieel) management bijna failliet gingen en resulteerde in de overname van twee Nederlandse ziekenhuizen door private partijen (het Slotervaart Ziekenhuis en de IJsselmeerziekenhuizen). De voornaamste drempel voor private partijen om te investeren in de Nederlandse gezondheidszorg vormt de huidige wet- en regelgeving en het inconsistente overheidsbeleid. Het grootste obstakel vormt de wettelijke beperking op winstuitkering in de zorg. Hierdoor kan een private investeerder het rendement niet uitkeren als dividend. Slechts alternatieve constructies, zoals een achtergestelde lening, het uitbesteden van zorg aan een besloten vennootschap (bv) of uitkering van managementfees, bieden een mogelijkheid tot het uitkeren van rendement.

Conclusie

²⁰ [European Observatory on Health Systems, *Health Care Systems in Transition*, United Kingdom, 1999]

²¹ [P Jeurissen, *For profit hospitals*, Optima Grafische Communicatie, 2010]

²² [P Jeurissen, *For profit hospitals*, Optima Grafische Communicatie, 2010]

De kosten van de Nederlandse gezondheidszorg nemen steeds verder toe en leiden de laatste jaren tot structurele overschrijdingen van het budgettaire kader zorg. De uitdaging in de gezondheidszorg voor de toekomst is groot, meer patiënten behandelen tegen minder kosten met een hogere kwaliteit van zorg. Het huidige beleid ten aanzien van financiering van de gezondheidszorg is dan ook niet houdbaar.

Door ingrijpende wetswijzigingen bevindt het Nederlandse zorgstelsel zich momenteel in een transitiefase van aanbodsturing en budgettering naar vraagsturing en prestatiebekostiging waarbij ziekenhuizen zelf verantwoordelijk worden voor een gezonde exploitatie van de organisatie. Bovendien wordt het steeds lastiger om vermogen aan te trekken door het verdwijnen van overheidsgaranties en de economische malaise. Mede vanwege de financiële consequenties van de stelselwijziging is er behoefte aan extra vermogen. Een van de opties voor ziekenhuizen is het aantrekken van vermogen in de vorm van privaat kapitaal, zoals ook gebruikelijk is in de landen om ons heen.

Hoofdstuk 2 – Onderzoeksopzet

Inleiding

Zoals in hoofdstuk 1 is besproken kan privaat kapitaal een rol spelen in de financiering van Nederlandse ziekenhuizen, nu door de stelselwijziging behoefte is ontstaan aan extra vermogen.

Hierbij is het voor potentiële investeerders van cruciaal belang of er op het geïnvesteerd vermogen ook (voldoende) rendement kan worden behaald. Het is dus belangrijk om meer inzicht te krijgen in (de risico's van het investeren in) ziekenhuisorganisaties. Hierbij kan onder meer worden gekeken naar de huidige businessmodellen in de zorg en naar de wijze waarop deze in de Nederlandse ziekenhuizen toegepast worden. Ook moet duidelijk zijn op welke wijze de ziekenhuizen momenteel gefinancierd worden en wat de kansen en bedreigingen in de huidige en toekomstige zorgmarkt zijn. Op deze wijze kunnen investeerders de markt analyseren en een betere inschatting maken van mogelijke interessante investeringsproposities. In deze thesis zal dit nader onderzocht worden.

Onderzoeksopzet

Doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek wordt als volgt gedefinieerd:

Het in beeld brengen van (i) de huidige financieringsstructuur van de Nederlandse ziekenhuizen, (ii) de risico's van deze structuur in het licht van de transitie naar (gereguleerde) marktwerking en (iii) de waarde van businessmodellen voor ziekenhuizen in een dergelijk marktstelsel.

Onderzoeksmodel

Het onderzoek is onder te verdelen in een drietal fasen. De drie fasen zullen hieronder nader toegelicht worden.

Fase I – Theoretisch deel: literatuuronderzoek

Allereerst zal een literatuurstudie verricht worden naar de theoretische basis van businessmodellen en de toepassing daarvan in ziekenhuizen. Tevens zal er een literatuurstudie verricht worden naar financieringsopties en naar de wijze waarop de ziekenhuizen momenteel gefinancierd zijn.

Fase II – Praktijkdeel I: analyse jaarverslagen en jaarrekeningen

Vervolgens zullen de jaarverslagen van 20 Nederlandse algemene ziekenhuizen over het jaar 2009 geanalyseerd worden op de toepassing van businessmodellen en zullen de jaarrekeningen van deze ziekenhuizen geanalyseerd worden om de huidige financieringsstructuur van de Nederlandse ziekenhuizen vast te stellen. Voor het vaststellen van de financieringsstructuur zal bovendien gebruik gemaakt worden van een door ons op te stellen database op basis van de financiële gegevens van alle 83 algemene ziekenhuizen over de jaren 2007 tot en met 2009.

Fase III – Praktijkdeel II: interviews met belanghebbenden

Tenslotte zullen vragen opgesteld worden die tijdens interviews met ziekenhuisbestuurders, banken, private equity partijen en overige instanties, te weten het ministerie van VWS en het Waarborgfonds voor de Zorgsector besproken zullen worden en die tot doel hebben de bevindingen van de theoretische analyses te toetsen aan de huidige praktijksituatie. Het belang dat gehecht wordt aan (het gebruik van) businessmodellen wordt onderzocht. Tevens zullen de vragen erop gericht zijn de kansen voor private investeringen nader in kaart te brengen.

Vraagstelling

Uiteindelijk zullen per onderdeel de kernvragen beantwoord moeten worden om tot de doelstelling te geraken. Hierbij gaat het om de volgende vragen:

Fase I – Theoretisch deel: literatuuronderzoek

- Wat is een businessmodel, uit welke elementen bestaat een businessmodel en op welke wijze worden zij momenteel in ziekenhuizen toegepast?
- Wat is financiering, welke financieringsvormen bestaan er en op welke wijze kunnen zij in ziekenhuizen worden toegepast?

Fase II – Praktijkdeel I: analyse jaarverslagen en jaarrekeningen

- Op welke wijze wordt er op dit moment in de Nederlandse algemene ziekenhuizen gebruik gemaakt van (elementen van) businessmodellen?
- Hoe worden de Nederlandse ziekenhuizen momenteel gefinancierd? Hoe groot is de financieringsbehoefte van ziekenhuizen? Wat zijn de risico's die aan de huidige financieringsstructuur verbonden zijn?

Fase III – Praktijkdeel II: interviews met belanghebbenden

- Welk belang wordt er door de diverse partijen gehecht aan het gebruik van businessmodellen?
- Waar liggen de knelpunten in de huidige en toekomstige financiering van ziekenhuizen, waar liggen de kansen voor private investeringen in de Nederlandse ziekenhuizen en wat zijn de voorwaarden voor een dergelijke investeringspropositie?

Indeling thesis

De indeling van deze thesis volgt de hierboven beschreven indeling in drie fasen. In het eerste hoofdstuk is een algemene inleiding gegeven waarin de achtergrond van het onderzoek nader is geïllustreerd. Het huidige hoofdstuk (hoofdstuk 2) bespreekt de structuur van het onderzoek.

In hoofdstuk 3 en 4 zullen allereerst de theoretische kaders van businessmodellen en ziekenhuisfinanciering besproken worden (Fase I).

In hoofdstuk 5 en 6 zullen de resultaten van de analyse van de jaarverslagen en jaarrekeningen gepresenteerd worden (Fase II).

In hoofdstuk 7 zullen de interviewvragen en de uitkomsten van de interviews uitgewerkt worden (Fase III).

In hoofdstuk 8 volgt de discussie en in hoofdstuk 9 zullen de conclusies gepresenteerd worden.

Fase I – Theoretisch deel

Literatuuronderzoek

Wat is een businessmodel, uit welke elementen bestaat een businessmodel en op welke wijze worden zij momenteel in ziekenhuizen toegepast?

Wat is financiering, welke financieringsvormen bestaan er en op welke wijze kunnen zij in ziekenhuizen worden toegepast?

Hoofdstuk 3 – Theorie van businessmodellen

Wat is een businessmodel, uit welke elementen bestaat een businessmodel en op welke wijze worden zij momenteel in ziekenhuizen toegepast?

Theorie van het businessmodel

Businessmodellen worden in diverse vormen al eeuwenlang in de praktijk gebruikt. Pas sinds het midden van de jaren negentig wordt er meer onderzoek naar gedaan en verschijnen steeds meer publicaties over de diverse concepten van businessmodellen en de waarde ervan. De opkomst van het internet en de snelle groei van opkomende (nieuwe) markten spelen hierbij waarschijnlijk een belangrijke rol.²³

Het businessmodel wordt in de literatuur besproken in relatie tot uiteenlopende domeinen zoals e-business, informatie systemen, strategie en management.²⁴ Ondanks dat er veel geschreven is over businessmodellen is er weinig consensus over de definitie ervan.²⁵ Er worden verschillende samenvattende termen voor een businessmodel gebruikt, die uiteenlopen van “an architecture”, a “conceptual tool or model” tot “a method”.^{26, 27, 28} Het gebrek aan eenduidigheid leidt er toe dat de term businessmodel te pas en te onpas wordt gebruikt. Zo wordt de term businessmodel vaak gebruikt terwijl bedoeld wordt op een verdienmodel.

Definities

Een overzicht van een aantal definities van de term “businessmodel” in de literatuur is hieronder weergegeven.

- A businessmodel is a conceptual tool that contains a set of elements and their relationships and allows expressing the business logic of a specific firm. It is a description of the value a company offers to one or several segments of customers and of the architecture of the firm

²³ [R Amit, C Zott, *Value creation in e-business*, Strategic Management Journal, Vol. 22, 2001. M Perkman, A Spicer, *What are business models? Developing a theory of performative representation*, in: Professor M. Lounsbury, Technology and organization, volume 29, pp. 265-275, Emerald Group Publishing Limited, 2010]

²⁴ [A Pateli, G Giaglis, *A Methodology for Business Model Evolution: Application in the Mobile Exhibition Industry*, In GM Giaglis, H Werthner, V Tschammer, KA Froeschl, Proceedings of The Second International Conference on Mobile Business (ICMB), June 23-24, Vienna, Austria, pp. 87-102, 2003.

²⁵ [C Zott, R Amit, *Designing your future business model: an activity system perspective*, Long Range Planning, 43, 2010. HW Chesbrough, RS Rosenbloom, *The role of the business model in capturing value from innovation*, Industrial and Corporate Change, 11, 2002]

²⁶ [M Dubosson-Torrey, A Osterwalder, Y Pigneur, *E business model design, classification and measurements*, Thunderbird International Business review, 44(1), 2002. P Timmers, Business models for electronic markets, Electronic Markets, 8(2), 1998]

²⁷ [A Osterwalder, *The business model ontology*, Thesis, 2004. A Osterwalder, Y Pigneur en CL Tucci, *Clarifying business models: origins, present and future of the concept*, Communications of the Association for Information Science, 16, 2005. Dj Teece, *Business models, business strategy and innovation*, Long Range Planning, 43, 2010]

²⁸ [A Afuah, CL Tucci, *Internet business models and strategies: Text and cases*, New York: McGraw-Hill, 2001)]

and its network of partners for creating, marketing, and delivering this value and relationship capital, to generate profitable and sustainable revenue streams.²⁹

- A businessmodel is the heuristic logic that connect technical potential with the realization of economic value.³⁰
- Businessmodels consist of four interlocking elements, that, taken together, create en deliver value. These are: customer value proposition, profit formula, key resources and key processes.³¹
- A business model is a concise representation of how an interrelated set of decision variables in the areas of venture strategy, architecture, and economics are addressed to create sustainable competitive advantage in defined markets. Is has six fundamental components : value proposition, customer, internal processes/competencies, external positioning, economic model, and person/investor factors.³²
- A business model articulates the logic, the data and other evidence that support a value proposition for the customer and a viable structure of revenues and costs for the enterprise delivering that value.³³
- A business model is a set of capabilities that is configured to enable value creation consistent with either economic or social strategic objectives.³⁴

Afuah and Tucci geven aan dat het business model het construct is voor onderscheidend vermogen en organisatieresultaten en definiëren het als “the method by which a firm builds and uses its resources to offer its customers better value and to make money in doing so”.³⁵ Ook legde Afuah het directe verband tussen het businessmodel en de resultaten van een organisatie.³⁶ Het is volgens Amit en Zott geen lineair model dat waarde creëert van leveranciers via de organisatie naar de klanten, het is een complex, interactief, inter-relatieel (netwerk)model. Het is een analyse-instrument, biedt een systeemperspectief over “ how to do business”, omvat de activiteiten van de organisatie en zijn partners en is een bron van waardecreatie.³⁷ Ook Den Braber geeft aan dat het businessmodel onderscheidend is door het integrale, allesomvattende karakter ervan.³⁸

Magretta stelt dat een goed businessmodel essentieel is voor elke succesvolle organisatie.³⁹

Centraal in vrijwel alle bovenstaande definities van het businessmodel staat het creëren van waarde, zowel voor de organisatie als voor de klant. Die waarde wordt feitelijk gecreëerd door wat in verscheidene definities aangeduid wordt als een set van elementen, componenten of beslissingsvariabelen binnen het businessmodel die nauw met elkaar verbonden zijn en elkaar sterk beïnvloeden, waarbij het eindresultaat dient te leiden tot een duurzaam concurrentievoordeel c.q.

²⁹ [A Osterwalder, Y Pigneur en CL Tucci, *Clarifying business models: origins, present and future of the concept*, Communications of the Association for Information Science, 16, 2005]

³⁰ [HW Chesbrough, RS Rosenbloom, *The role of the business model in capturing value from innovation*, Industrial and Corporate Change, 11, 2002]

³¹ [MW Johnson, CC Christensen, H Kagermann, *Reinventing your business model*, Harvard Business Review, 86, pp 50-59, 2008]

³² [M Morris, M Schindehutte, J Allen, *The entrepreneur's business model: toward a unified perspective*, Journal of Business Research, 58, pp 726-735, 2005]

³³ [Dj Teece, *Business models, business strategy and innovation*, Long Range Planning, 43, 2010]

³⁴ [C Seelos, J Mair, *Profitable business models and market creation in the context of deep poverty: a strategic view*, Academy of Management Perspectives, 21, 2007]

³⁵ [A Afuah, CL Tucci, *Internet business models and strategies: Text and cases*, New York: McGraw-Hill, 2001]

³⁶ [A Afuah, *Business models: a strategic management approach*, New York: Irwin/ McGraw-Hill, 2004]

³⁷ [C Zott, R Amit, *Designing your future business model: an activity system perspective*, Long Range Planning, 43, 2010]

³⁸ [M Den Braber, *Rethinking the Hospital: Value of business models for hospitals*, Thesis, 2010]

³⁹ [J Magretta, *Why business models matter*, Harvard Business Review, 2002]

economische meerwaarde. Een aantal elementen die genoemd worden zijn: waardepropositie, resources, organisatiestructuur en organisatieprocessen. Het businessmodel lijkt als interactief, inter-relationeel (netwerk)model een centrale rol te spelen in het bereiken van de resultaten van een organisatie.

Er is veel discussie over de relatie tussen strategie en het business model, in het bijzonder de vraag of strategievorming onderdeel is van het business model, of dat het losstaande elementen zijn. Makinen en Seppanen geven aan dat strategievorming zich meer richt op onderscheidend vermogen, terwijl het business model zich meer richt op de waardecreatie.⁴⁰ Morris et al stellen dat het businessmodel gebruikt kan worden als een bron van onderscheidend vermogen en dat de noviteiten die voortkomen uit nieuwe effectieve modellen superieure waarde kunnen creëren.⁴¹ Den Braber stelt dat het businessmodel een geschikt instrument is om strategie te bepalen.⁴² Ook uit het merendeel van de bovengenoemde definities blijkt dat het businessmodel een belangrijke rol speelt in de strategievorming en kunnen de twee begrippen feitelijk niet los van elkaar worden gezien.

Als we de informatie uit de literatuur over de definities van businessmodellen integreren definiëren wij een businessmodel in deze thesis als volgt:

Een businessmodel is een dynamisch, integraal organisatiemodel, waarmee hulpbronnen en kerncompetenties op een zodanige wijze kunnen worden geconfigureerd in bedrijfsprocessen dat superieure waarde wordt gecreëerd zowel voor de klant als voor de organisatie waardoor een duurzaam concurrentievoordeel en een gezond exploitatieoverschot kunnen worden gerealiseerd.

Een belangrijk kenmerk is dat een businessmodel een dynamisch model is dat door innovatie doorlopend wordt aangepast.

Keernelementen van het businessmodel

Binnen het businessmodel staan, zoals hierboven reeds is beschreven, een set van elementen, componenten of beslissingsvariabelen centraal. Deze zijn nauw met elkaar verbonden en dienen elkaar zo te beïnvloeden dat door synergie superieure waarde wordt gecreëerd, wat dient te leiden tot een duurzaam concurrentievoordeel en exploitatieoverschot. Nieuwenhuis onderscheidt de volgende zes keernelementen binnen een businessmodel⁴³:

1. Strategie
2. Organisatiestructuur en bedrijfsprocessen
3. Cultuur
4. Mensen
5. Middelen
6. Resultaten

De keernelementen 4 en 5 worden aangeduid als de resources van de organisatie. Alle elementen staan in een nauwe relatie met elkaar en dienen door synergie te leiden tot (meetbare) share- of

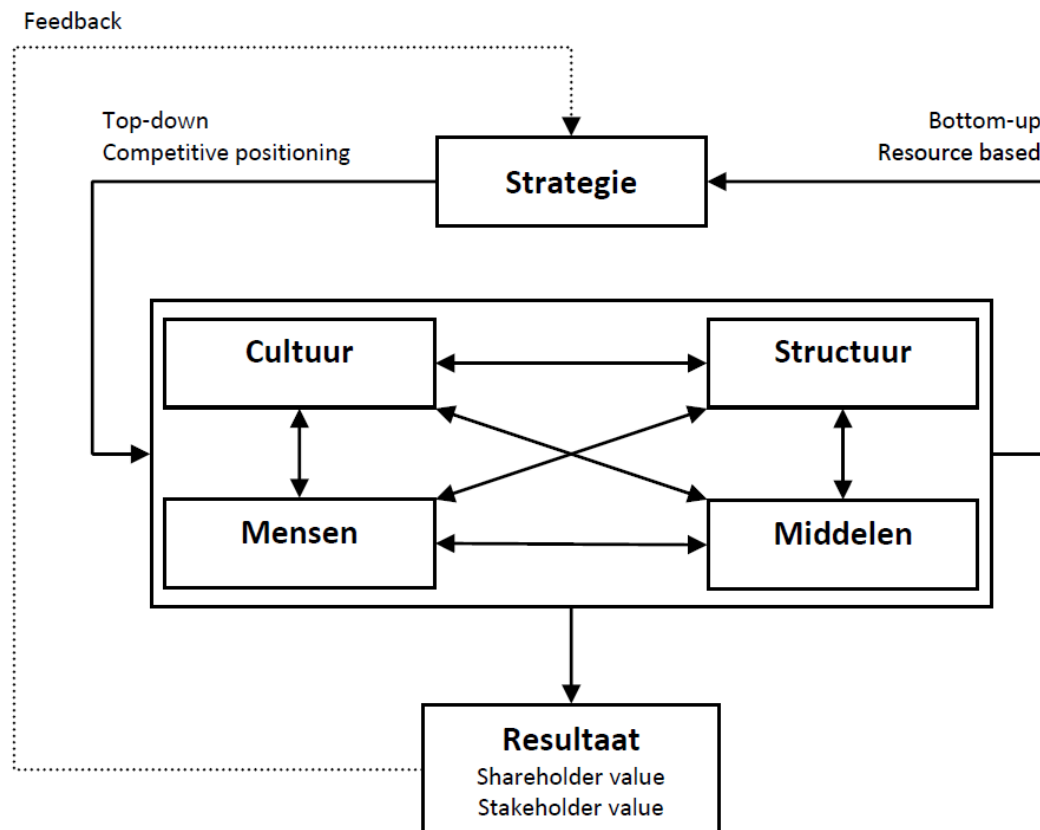
⁴⁰ [S Makinen, M Seppanen, *Assessing business model with taxonomical research criteria, A preliminary study*, Management Research News, 30, 2007]

⁴¹ [M Morris, M Schindehutte, J Allen, *The entrepreneur's business model: toward a unified perspective*, Journal of Business Research, 58, pp 726-735, 2005]

⁴² [M Den Braber, *Rethinking the Hospital: Value of business models for hospitals*, Thesis, 2010]

⁴³ [MA Nieuwenhuis, *The Art of Management*, 2003-2008]

stakeholdersvalue. Op basis van de hierboven beschreven definitie hebben wij het onderstaande schematische model samengesteld.



Figuur 2 - Schematische weergave businessmodel

Hieronder bespreken we de diverse kernelementen van het businessmodel

Strategie

De strategie van een organisatie is gericht op het definiëren van de doelstelling (missie) en de wijze waarop de organisatie deze tracht te bereiken d.m.v. optimaal gebruik te maken van de resources van de organisatie. Strategie dient gericht te zijn op het verkrijgen van een duurzaam concurrentievoordeel voor de organisatie door waardecreatie voor klanten en andere stakeholders. Onder duurzaam concurrentievoordeel wordt verstaan het vermogen van een organisatie om beter te presteren dan anderen in de ogen van klanten en andere stakeholders door lagere kosten en/of hogere klantwaarde. Een belangrijk element van de (generieke) strategievorming is de formulering van de kernpropositie (kernbelofte) van de organisatie die nauw dient aan te sluiten bij de relevante waarde voor klanten (klantwaarde). Een juist geformuleerde en geïmplementeerde strategie dient zo te leiden tot een gezond exploitatieoverschot (marge) voor de organisatie zodat ook in de toekomst kan worden geïnvesteerd in innovatie.

Strategie kan afhankelijk van het type en de omvang van de organisatie op verschillende niveau's worden beschreven: op netwerkniveau, op concernniveau en op businessunit niveau.

Een netwerkstrategie heeft betrekking op het vormen van ketens en allianties. Een concernstrategie omvat onder andere de visie en missie op concernniveau, het verdienmodel en de reikwijdte

alsmede de portfolio van de diensten en/of producten (product/marktafbakening). Belangrijk is hierbij het creëren van synergie cq meerwaarde voor de diverse Strategische Business Units(SBU's) van de organisatie.

De business-unit strategie betreft veelal een concurrentiestrategie bestaande uit een buffet van drie keuzes⁴⁴:

- a) Het creëren van onderscheid met andere organisaties op prijs (operational excellence), op differentiatie (productleadership) of op focus (maatwerk, customer intimacy).
- b) De keuze van de ontwikkelingsrichting bijvoorbeeld het terugtrekken uit deelmarkten, consolidatie in bestaande markten of juist de keuze voor marktpenetratie.
- c) De wijze van ontwikkeling waaronder intern doorontwikkelen, het inzetten op acquisitie of het vormen van allianties waarbij er gezamenlijk wordt (door)ontwikkeld.

In bovenstaand model worden er feitelijk twee denkrichtingen gecombineerd: de resource based approach en de competitive positioning. In de eerste denkrichting leiden een interne analyse en doorontwikkeling van hulpbronnen en kerncompetenties en hun configuratie in bedrijfsprocessen op geleide van een sterkte-zwakte analyse tot concurrentievoordeel. Bij de tweede denkrichting leiden een externe analyse van de macro-omgeving en de bedrijfstak via het interpreteren van kansen en bedreigingen tot concurrentievoordeel. In de praktijk hebben beide denkrichtingen een rol in de strategievorming.

Om te excelleren op strategisch gebied dient de strategie zo concreet en helder mogelijk uitgewerkt te zijn en consistent gecommuniceerd te worden naar klanten, medewerkers en andere stakeholders. Essentieel hierbij is kennis van de doelgroep en een realistische inschatting van de capaciteiten (resources) van de organisatie om zo een heldere waardepropositie te kunnen formuleren met voldoende focus. De strategie dient doorlopend geëvalueerd en zo nodig aangepast te worden aan de dynamische omgeving.⁴⁵

Organisatiestructuur en bedrijfsprocessen

De organisatiestructuur omvat de organisatievorm en de wijze waarop de bedrijfsactiviteiten georganiseerd zijn in bedrijfsprocessen.

Mintzberg onderscheidt zes fundamentele organisatie-elementen (ideologie, strategische top, middenkader, uitvoerende kern, technostructuur en ondersteunende staf) en zeven organisatievormen (ondernemersorganisatie, machineorganisatie, professionele organisatie, gediversifieerde organisatie, innovatieve organisatie, zendingsorganisatie en de politieke organisatie).⁴⁶ De keuze voor een organisatievorm is bepalend voor de (on)mogelijkheden van de organisatie met name met betrekking tot het strategisch beleid.

Binnen de organisatie(vorm) is een belangrijk aandachtspunt de wijze waarop bedrijfsprocessen worden geconfigureerd en gecoördineerd en hoe dit doorlopend verbeterd kan worden met als doel het verhogen van klantwaarde en/of het verlagen van kosten. Om inzicht hierin te krijgen en keuzes te kunnen maken ontwikkelde Porter hiervoor een waardeketenanalyse die vijf primaire en vier secundaire (ondersteunende) processen onderscheid. Primaire processen zijn inkomende logistiek, operaties, uitgaande logistiek, verkoop en marketing en service. Secundaire processen zijn inkoop, technologieontwikkeling, ontwikkeling ondersteunende systemen en personeelsmanagement. Deze laatste betreffen dus bijvoorbeeld de afdelingen pr/ marketing, HRM, financiële administratie en inkoop/ict/ beheer. Om verbeteringen in bestaande processen te realiseren zijn diverse logistieke stromingen ontwikkeld zoals Focused Factory, Just in Time, Lean, TOC en 6 sigma. Daarnaast is een

⁴⁴ [M Treacy, F Wiersema, *De discipline van marktleiders*, 4e druk, 2010]

⁴⁵ [N Nohria, W Joyce, B Roberson, *What really Works*, Harvard business Review, 2003]

⁴⁶ [H Mintzberg, *Mintzberg over management*, 15e druk, Business Contact, 2007, pp. 106-124]

goed vormgegeven IT strategie van ondersteunende IT processen en diensten zoals een Supply Chain Management System (SCM), Management Information System (MIS) en Enterprise Resource Planning System (ERP) cruciaal voor verdere optimalisering van bedrijfsprocessen.

De structuur van de organisatie moet zo veel mogelijk dienstbaar zijn aan het strategisch beleid. Men kan bijvoorbeeld een keuze maken voor een functiegerichte, doelgroepgerichte of productgerichte structuur. Voorbeelden hiervan zijn de matrix en projectstructuur waarbij functionele units worden gekoppeld aan projecten of een divisiestructuur waarbij een indeling wordt gemaakt in geografische, product of marktdivisies.

Verder is het belangrijk te bepalen op welk niveau (beslissings)bevoegdheden en verantwoordelijkheden liggen. In dit kader kan voor een centrale aansturing of juist een meer decentrale benadering gekozen worden. Een voorbeeld van een decentrale structuur is de Resultaat Verantwoordelijke Eenheid (RVE) waarbij de verschillende eenheden integraal verantwoordelijk zijn voor het beleid en de resultaten.

Een organisatie kan concurrentievoordeel bereiken bij dit element van het businessmodel door de organisatiestructuur en processen zo simpel, flexibel en optimaal mogelijk vorm te geven (bijvoorbeeld m.b.v. de genoemde waardeketenanalyse van Porter) en geen onnodige bureaucratie of overbodige managementlagen te creëren. Er dient met name gelet te worden op de efficiëntie van die processen die de klantwaarde het meest beïnvloeden.⁴⁷

Cultuur

De cultuur van de organisatie omvat de gemeenschappelijke normen en waarden en het daaruit voortvloeiend gedrag. Een bredere goed bruikbare definitie is die van Stacey⁴⁸:

“The culture of any group of people is that set of beliefs, customs, practices and ways of thinking that they have come to share with each other through being en working together. It is a set of assumptions people simply accept without question as they interact with each other. At the visible level the culture of a group of people takes the form of ritual behaviour, symbols, myths, stories, sounds and artefacts.”

Het betreft de zachte, informele kant van de organisatie. In essentie gaat het om de wijze waarop medewerkers met elkaar omgaan. Hieronder valt dus ook de leiderschaps- of managementstijl die kenmerkend is voor een organisatie. Kern van de organisatiecultuur vormt het organisatieparadigma. Hieronder verstaan we een set veronderstellingen of uitgangspunten die algemeen als vanzelfsprekend worden gezien en waarneming en interpretatie inkleuren. Dit paradigma is verankert in het culturele web wat gevormd wordt door een zestal componenten bestaande uit de verhalen, de routines en rituelen, de symbolen, de machtstructuur, de organisatiestructuur en de controlesystemen van een organisatie.

Een bedrijfscultuur kan worden ingedeeld in een rol-, personen-, machts- of taak cultuur afhankelijk van de samenwerkingsgraad en machtsspreiding.⁴⁹

De bedrijfscultuur heeft een grote invloed op de prestaties van medewerkers en daarmee op de resultaten van de organisatie.⁵⁰ Een goede match tussen de waarden van de organisatie en de persoonlijke waarde van de medewerker(s) is dus erg belangrijk. Cultuur is het meest ongrijpbare en meest complexe element in het businessmodel en lastig om te beïnvloeden.

⁴⁷ [N Nohria, W Joyce, B Roberson. *What really Works*, Harvard business Review, 2003]

⁴⁸ [RD Stacey, *Complexity and Creativity in Organizations*, Berrett-Koehler, 1996]

⁴⁹ [CB Handy, *Understanding organizations*, 4th edition, 1993]

⁵⁰ [MA Nieuwenhuis, *The Art of Management*, 2003-2008]

Een organisatie kan concurrentievoordeel bereiken bij dit element van het businessmodel door, naast een inspirerende werkomgeving, een cultuur te ontwikkelen die uitzonderlijke individuele en teambijdragen stimuleert en beloont door medewerkers verantwoordelijk te maken voor successen.⁵¹

Mensen

De mensen binnen een organisatie worden ook wel het “human capital” genoemd. Dit benadrukt de grote waarde die mensen binnen een organisatie vertegenwoordigen. Het gaat voornamelijk om de kennis en vaardigheden van mensen. Door opleiding en training van medewerkers kunnen deze kennis en vaardigheden optimaal ontwikkeld worden waarbij rekening gehouden dient te worden met het belang van de organisatie alsmede met de persoonlijke ontwikkeling van de medewerker. Belangrijke elementen binnen de organisatie zijn aantal en aard van de vacatures, de opleiding, kennis, ervaring, leeftijdsopbouw en beloning van medewerkers en werkdruk binnen de organisatie. De klassieke doelstellingen van personeelsmanagement zijn een hoge productiviteit, grote betrokkenheid, laag ziekteverzuim en weinig verloop.

Concurrentievoordeel bij dit onderdeel van het businessmodel wordt gerealiseerd door verschillen in beschikbaarheid, toereikendheid en exclusiviteit met name op de gebieden talent en leiderschap. Door hoogwaardige interne trainingsprogramma's en een inspirerende werkomgeving kan talent binnen de organisatie zich optimaal ontwikkelen en bovengemiddeld presteren en zo waarde toevoegen aan de organisatie. Verder kunnen vacatures snel en adequaat ingevuld worden. Op het gebied van leiderschap zijn een inspirerende verbindingskracht alsmede een gedegen kennis, ervaring en committent aan de organisatie van leiders elementen die concurrentievoordeel realiseren.⁵²

Middelen

De middelen van een organisatie bepalen in hoge mate de levensvatbaarheid en de prestaties die de organisatie kan leveren. We maken een onderverdeling in drie soorten middelen:

- Financiële middelen
- Fysieke middelen
- Ongrijpbare middelen

Onder financiële middelen verstaan we het eigen vermogen en de toegang tot vreemd vermogen bij banken en/of private equity. Kernbegrippen zijn solvabiliteit, liquiditeit en rentabiliteit van de organisatie. Voorbeelden van fysieke middelen zijn land, gebouwen en apparatuur. Het gaat hierbij onder meer om de capaciteit, bezettingsgraad en onderhoud van deze middelen. De naamsbekendheid, imago, licenties, goodwill en relatienetwerk zijn voorbeelden van ongrijpbare middelen.

Concurrentievoordeel bij dit element van het businessmodel wordt gerealiseerd door verschillen in beschikbaarheid, toereikendheid en exclusiviteit van deze middelen in organisaties.

Resultaten

Het uiteindelijke resultaat zal waarde voor stake- en shareholders moeten opleveren.

Aanbod dat aansluit bij de vraag van de klant is de sleutel tot het creëren van deze waarde.

⁵¹ [N Nohria, W Joyce, B Roberson, *What really Works*, Harvard business Review, 2003]

⁵² [N Nohria, W Joyce, B Roberson, *What really Works*, Harvard business Review, 2003]

Porter formuleert waarde als gerealiseerde uitkomst per gespendeerde euro. Zowel de uitkomst als de gespendeerde gelden bepalen dus de waarde. Dit betekent focus op zowel kwaliteit van de uitkomst alsmede op efficiëntie. Het is hierbij cruciaal dat de waardepropositie voldoende focus bezit om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de vraag van de klant zodat een duurzaam concurrentievoordeel en een gezond exploitatieoverschot kan worden gerealiseerd.

Algemene conclusie

Uit het literatuuronderzoek naar businessmodellen blijkt dat door het gebruik van businessmodellen een duurzaam concurrentievoordeel en een gezond exploitatieoverschot kan worden gerealiseerd. Er bestaat dus een duidelijk verband tussen het businessmodel en organisatieresultaten. Cruciaal voor het eindresultaat is een juiste invulling en afstemming van de diverse elementen zodat een optimale synergie kan worden bereikt. Bij het element strategie is het essentieel om een heldere waardepropositie met voldoende focus te formuleren. De organisatiestructuur dient flexibel ingericht te zijn, waarbij met name gelet dient te worden op de efficiëntie van die processen die de klantwaarde het meest beïnvloeden. De cultuur dient uitzonderlijke individuele en teambijdragen te stimuleren en medewerkers te belonen door ze verantwoordelijk te maken voor successen. Hoogwaardige interne trainingsprogramma's en een inspirerende werkomgeving zijn belangrijk zodat talent zich binnen de organisatie optimaal kan ontwikkelen en bovengemiddeld kan presteren. Voor de middelen van de organisatie gaat het om de beschikbaarheid, de toereikendheid en de exclusiviteit.

Businessmodellen in ziekenhuizen

In de literatuur worden grofweg drie typen businessmodellen in ziekenhuizen onderscheiden⁵³:

- a) Solution shops: optimalisatie door flexibiliteit (flexibility), gespecialiseerde organisaties die maatwerk leveren aan klanten met complexe aandoeningen voor "a fee for service" basis. Voorbeelden zijn gespecialiseerde centra die hoog complexe, niet planbare (acute) zorg aanbieden.
- b) Value-added process businesses: optimalisatie door uniforme, herhalende (repeatability) gestandaardiseerde processen met een van tevoren goed te voorspellen resultaat voor "a fee for outcome basis" (fixed price). Voorbeelden zijn (ambulante) chirurgische centra, die planbare, hoog volume, laag complexe zorg aanbieden.
- c) Facilitated network businesses: optimalisatie door betrouwbaarheid (reliability), brokering interactions, "subscription" of "fee per transaction" basis. Voorbeelden zijn het leveren van chronische zorg in gefaciliteerde netwerken en/of ketens (zoals diabetes en COPD zorg), preventie en lifestyle.

Bijna alle ziekenhuizen zijn momenteel een mengvorm van deze fundamenteel verschillende businessmodellen in een en dezelfde operationele unit. Dit leidt tot sterke interne onsamenvatbaarheid, complexiteit en inefficiëntie doordat de resources en het karakter van deze

⁵³ [CM Christensen, J Wang, JH Grossman, *Disrupting the hospital business model*, in: The Innovator's Prescription, pp. 73-111, McGraw-Hill, 2009. S Wunker, A Waldeck, *Resuscitating the hospital business model*, HHN Magazine, May 26, 2009]

businessmodellen compleet verschillend zijn.⁵⁴ Van de Vusse stelt dat grotere ziekenhuizen met meervoudige doelstellingen (algemene zorg, topklinische zorg, opleiding en productie) tot een factor 50 procent inefficiënter zijn dan op hun kerntaken gefocuste algemene ziekenhuizen.⁵⁵

De waardepropositie van de meeste ziekenhuizen kan momenteel worden omschreven als “we doen alles voor iedereen” of “het aanbieden van medisch specialistische zorg”.^{56, 57} Er is weinig segmentatie in de huidige Nederlandse ziekenhuismarkt. Er is een onderscheid te maken op basis van de complexiteit van de medische zorg die wordt aangeboden, het niveau van specialisatie en het wel of niet vervullen van een onderzoeks- en/of opleidingsfunctie. Er kunnen zo grofweg vijf typen organisaties worden onderscheiden: Zelfstandige Behandel Centra (ZBC's), categorale ziekenhuizen, perifere ziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen en academische ziekenhuizen.⁵⁸

Christensen et al leggen de focus op twee hoofdtrajecten in ziekenhuizen, het diagnostisch traject (wat is de oorzaak, wat is de diagnose en hoe kan dit behandeld worden?) en het behandeltraject (op welke wijze kan dit effectief en betaalbaar behandeld worden?).⁵⁹ Een waardepropositie voor het eerste traject vereist een solution shop business model georganiseerd rond complexe diagnostische activiteiten. Voor het tweede traject is een value-adding process business model vereist, georganiseerd rond efficiëntie. Zij stellen dat ziekenhuizen hun operationele processen uit elkaar dienen te halen en indelen volgens de twee bovenstaande businessmodellen: solution shops en value adding activiteiten waarbij zo twee aparte structuren binnen een ziekenhuis ontstaan met elk zijn eigen correcte proces- en financieringsstructuur. De kleinere ziekenhuizen zullen dit echter niet kunnen realiseren en dienen dus een keuze tussen beide modellen te maken. Een duidelijke keuze voor een van de modellen heeft direct tot gevolg dat er veel meer focus in de waardepropositie ontstaat. Het is immers snel duidelijk welke zorg wel en welke zorg niet past binnen het gekozen model. Zo kan een efficiëntere organisatie met meer onderscheidend vermogen gecreëerd worden.

Wunker en Waldeck benadrukken ook dat ziekenhuizen keuzes dienen te maken in hun focus tussen “flexibility”, “repeatability” en “reliability” en dan de zorg organiseren rond het meest geschikte businessmodel.⁶⁰

Plexus gebruikt een model gericht op de optimalisering van bedrijfsprocessen op zowel medisch inhoudelijk, financieel/ economisch, bestuurlijk als organisatorisch vlak. Dit model is gebaseerd op een indeling van de zorg op basis van de mate van logistieke complexiteit ten opzichte van de medische complexiteit, waarbij er vier dimensies worden onderscheiden om zo bijvoorbeeld een efficiënte inzet van zorgverleners en ICT middelen te kunnen realiseren.⁶¹

Alleen dan wanneer de resources en organisatieprocessen worden gericht op het portfolio dat het ziekenhuis levert kunnen deze correct geïntegreerd en geoptimaliseerd worden zodat dit portfolio zo

⁵⁴ [CM Christensen, J Wang, JH Grossman, *Disrupting the hospital business model*, in: The Innovator's Prescription pp. 73-111, McGraw-Hill, 2009. S Wunker , A Waldeck, *Resuscitating the hospital business model*, HHN Magazine, May 26, 2009]

⁵⁵ [S Van de Vusse, *Ziekenhuizen in een keten, de weg naar efficiënte ziekenhuiszorg*, in: ZNetwerk, editie 8, 2010]

⁵⁶ [CM Christensen, J Wang, JH Grossman, *Disrupting the hospital business model*, in: The Innovator's Prescription pp. 73-111, McGraw-Hill, 2009. S Wunker , A Waldeck, *Resuscitating the hospital business model*, HHN Magazine, May 26, 2009]

⁵⁷ [M Den Braber, *Rethinking the Hospital: Value of business models for hospitals*, Thesis, 2010]

⁵⁸ [M Den Braber, *Rethinking the Hospital: Value of business models for hospitals*, Thesis, 2010]

⁵⁹ [CM Christensen, J Wang, JH Grossman, *Disrupting the hospital business model*, in: The Innovator's Prescription pp. 73-111, McGraw-Hill, 2009]

⁶⁰ [S Wunker , A Waldeck, *Resuscitating the hospital business model*, HHN Magazine, May 26, 2009]

⁶¹ [W Balestra, Plexus, MBA hand-out]

efficiënt mogelijk geleverd kan worden.⁶² Zo hebben de Cleveland Clinic en de Mayo Clinic gekozen voor het model focused solution shop met daarnaast aparte value-adding process organisations. De organisatiestructuur en processen zijn georganiseerd rond ziektebeelden in plaats van een organisatie rondom specialismen) waarbij de patiënt behandeld wordt door een integraal team van verschillende medisch specialisten.

Geisinger Health system en Kaiser Permanente hebben de (financiële)belangen van de organisatie en de medisch specialisten op een lijn gebracht. Zo is er meer inzicht en controle over kosten, kwaliteit en resultaten. Verder is de medische zorg die geleverd wordt in hoge mate (evidence based) geprotocolleerd en is er een effectief geïntegreerd IT systeem (inclusief EPD) geïmplementeerd, dat in hoge mate bijdraagt aan operationele en medisch inhoudelijke kwaliteit en effectiviteit.⁶³ Van de Vusse geeft aan dat de huidige inefficiëntie binnen Nederlandse ziekenhuizen door zich verder te specialiseren en te herdimensioneren al voor een deel opgelost kan worden.⁶⁴ Daarnaast kan door ketenvorming verdere efficiencywinst behaald worden uit het herstructureren van de “back-office” kant van het ziekenhuis.

In het nieuwe businessmodel wordt strategisch en financieel succes niet bereikt door het volume van geleverde zorg, maar door de waarde die wordt gecreëerd voor patiënten, direct gerelateerd aan de parameters kwaliteit en kosten.⁶⁵ Zorgaanbod dat aansluit bij de zorgvraag van de patiënt is de sleutel tot het creëren van die waarde. Zowel de gezondheidsuitkomst als de gespendeerde gelden bepalen die waarde, dit betekent focus op zowel kwaliteit van de uitkomst alsmede op efficiëntie. Focus louter gericht op kosten resulteert in uitholling van de zorg. Focus louter gericht op kwaliteit van de uitkomst zonder deze af te zetten tegen de inzet van middelen kan gepaard gaan met verspilling. Om waarde te realiseren dienen zorgaanbieders zich te richten op zorg gericht op specifieke aandoeningen en soorten patiënten en zich daarop te differentiëren, te specialiseren en te innoveren. Een te brede focus leidt niet tot de vereiste expertiseopbouw en niet tot een aanbod dat zowel kwalitatief als qua doelmatigheid (prijs) onderscheidend is.⁶⁶

Conclusie

In de analyse van de literatuur over businessmodellen in ziekenhuizen valt op dat met het gebruik van de term “businessmodel” geen integraal model, zoals wij beschrijven op bladzijde 19, wordt verstaan, maar dat met deze term slechts twee elementen ervan, strategie (met name de waardepropositie) en organisatiestructuren en bedrijfsprocessen, worden beschreven. Het blijkt dat er weinig focus aanwezig is in de waardeproposities van ziekenhuizen en dat deze organisaties momenteel bijna allemaal een mengvorm zijn van fundamenteel verschillende organisatiestructuren, wat leidt tot sterke interne onsamenvatbaarheid, complexiteit en inefficiëntie.

Het realiseren van “klantwaarde” gerelateerd aan de parameters kwaliteit en kosten dient een centrale rol te spelen zodat uiteindelijk een duurzaam concurrentievoordeel en gezond exploitatieoverschot kan worden gerealiseerd. Momenteel wordt veel potentiële waarde in termen van kwaliteit en rendement echter niet gerealiseerd, wat kansen biedt voor private investeerders.

⁶² [CM Christensen, J Wang, JH Grossman, *Disrupting the hospital business model*, in: The Innovator's Prescription, pp. 73-111, McGraw-Hill, 2009]

⁶³ [K Kaufman, *A new business model for hospitals*, in: Trustee magazine, May 2010]

⁶⁴ [S Van de Vusse, *Ziekenhuizen in een keten, de weg naar efficiënte ziekenhuiszorg*, in: ZNetwerk, editie 8, 2010]

⁶⁵ [K Kaufman, *A new business model for hospitals*, in: Trustee magazine, May 2010]

⁶⁶ [Boer en Croon, *Naar waardecreatie in de zorg*, 2008]

Hoofdstuk 4 – Financiering van ziekenhuizen

Wat is financiering, welke financieringsvormen bestaan er en op welke wijze kunnen zij in ziekenhuizen worden toegepast?

Inleiding

Financiering

Alvorens uitgebreid in te gaan op financiering van ziekenhuizen⁶⁷ is het van het grootste belang het begrip *financiering* nader te definiëren. Koetsier en Epe geven aan dat er in de literatuur onderscheid gemaakt wordt tussen financiering in enge zin en financiering in ruime zin. Financiering in enge zin heeft alleen betrekking op de samenstelling van het vermogen, dus op de passiefzijde van de balans. Financiering in ruime zin, daarentegen, heeft ook betrekking op de wijze waarop het vermogen geïnvesteerd wordt, dus tevens op de actiefzijde van de balans.⁶⁸ Hoewel in dit hoofdstuk de aandacht met name uit zal gaan naar de passiefzijde van de balans, zal er op enkele plaatsen ook ingegaan worden op de wijze waarop door ziekenhuizen omzet gerealiseerd wordt en op de belangrijkste kostenposten.

Financiering en organisaties

Ziekenhuizen zijn organisaties. Keuning en Eppink definiëren *organiseren* als volgt:

*Organiseren is het scheppen van doelmatige verhoudingen tussen beschikbare mensen, middelen en handelingen om bepaalde doeleinden te bereiken.*⁶⁹

Als wij spreken over financiering dan spreken wij in feite over een specifieke groep van middelen waarover een organisatie moet beschikken, namelijk geld. De organisatie van deze financiële middelen dient zo ingericht te worden dat deze middelen ook daadwerkelijk bijdragen aan het doel van de organisatie. De financiering van een organisatie moet, met andere woorden, in dienst staan van de doelen van deze organisatie.

Bovendien is het hierbij volgens Ginter et al. van belang om een beeld te hebben van de markt waarin een organisatie zich bevindt. In een groeiende markt moeten andere financieringsbeslissingen genomen worden dan in een krimpende markt en ook een stabiele markt kent haar eigen financiële behoeften.⁷⁰ In een groeiende markt moeten nieuwe (financiële) middelen aangetrokken worden, in een krimpende markt moeten de (financiële) middelen juist een nieuwe bestemming krijgen. In een

⁶⁷ [Spreken wij in dit hoofdstuk over ziekenhuizen, dan spreken wij over algemene ziekenhuizen. Academische ziekenhuizen en categorale ziekenhuizen worden buiten beschouwing gelaten.]

⁶⁸ [W Koetsier, P Epe, *Financiering voor profit en non-profit organisaties*, derde druk, Wolters-Noordhoff Groningen/Houten, 2007, p. 9]

⁶⁹ [D Keuning, DJ Eppink, *Management & Organisatie*, negende druk, Wolters-Noordhoff Groningen/Houten, 2008, p. 4]

⁷⁰ [PM Ginter, LM Swayne, WJ Duncan, *Strategic management of health care organizations*, 3rd edition, Blackwell Business Malden/Oxford, 1998, p. 320]

stabiele markt is er soms de noodzaak tot het aantrekken van nieuwe (financiële) middelen en soms kan volstaan worden met een strategisch beheer van de bestaande (financiële) middelen.

Doel en markt

Het doel van de ziekenhuisorganisatie

In het licht van het bovenstaande is het van belang goed zicht te krijgen op de doelen van de ziekenhuisorganisatie. Het blijkt echter niet eenvoudig om in de literatuur een duidelijke doelomschrijving voor ziekenhuisorganisaties te vinden.

In de Kwaliteitswet Zorginstellingen is te lezen dat de zorgaanbieder verantwoorde zorg aanbiedt. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt.⁷¹

Voor verdere doelomschrijvingen moeten we al snel terugvallen op de omschrijvingen van individuele ziekenhuizen, vaak terug te vinden in de missie of visie van de het desbetreffende ziekenhuis. Voorbeelden hiervan zijn *“klinische zorg van topniveau én (basis)zorg dicht bij mensen”*⁷²; *“...alle inwoners van de Gooi en Vechtstreek de veiligheid te bieden dat de beste medische zorg altijd binnen handbereik is”*⁷³ en *“Rijnland Zorggroep is een gezonde organisatie die mensgerichte en deskundige zorg biedt in een veilige omgeving”*⁷⁴.

In het kader van dit hoofdstuk zullen wij het hoofddoel van een ziekenhuisorganisatie definiëren als:

“Het beschikbaar maken van medisch specialistische diensten van een goede kwaliteit en tegen een juiste prijs.”

Profit en non-profit

De bovenstaande omschrijving van de hoofddoelstelling van ziekenhuisorganisaties heeft betrekking op het doel voor de afnemers van de diensten die het ziekenhuis levert: de patiënt en diens zorgverzekeraar. De doelen van de organisatie moeten aansluiten bij de behoeften van de afnemers van de diensten van de organisatie. De behoeften van de patiënt hebben met name betrekking op de goede kwaliteit van de zorg, die van de zorgverzekeraar (en uiteraard ook de maatschappij als geheel) op de juiste prijs.

De gehanteerde doelstelling past zeer goed in de context van een non-profit organisatie. De organisatie staat in het teken van maatschappelijke doelen zoals kwaliteit, beschikbaarheid en betaalbaarheid van zorg. In veel landen heeft deze maatschappelijke functie zich dan ook vertaald in een staatsgezondheidszorg waarbij (een deel van) de ziekenhuizen in eigendom is van de overheid.

In Nederland is er, met uitzondering van de academische ziekenhuizen, geen sprake van overheidsziekenhuizen, maar zijn ziekenhuizen private ondernemingen. Het maatschappelijke karakter komt hierbij van oudsher tot uitdrukking in de gekozen rechtsvorm: de stichting of de

⁷¹ [Kwaliteitswet Zorginstellingen, artikel 2]

⁷² [Albert Schweitzer Ziekenhuis, website: <http://www.asz.nl/organisatie/organisatie/Motto/>]

⁷³ [Tergooiziekenhuizen, website: <http://www.tergooziekenhuizen.nl/index.php?page=5206>]

⁷⁴ [Rijnland Zorggroep, website: <http://www.rijnland.nl/nl/p46729182d7910/Onze-ambities.html>]

vereniging. Een belangrijk kenmerk van deze rechtsvormen is het feit dat er geen winst uitgekeerd kan worden aan 'aandeelhouders'. Er is, met andere woorden, geen winstdoelstelling.

Zoals reeds is aangegeven in het inleidende hoofdstuk, wordt er de afgelopen jaren, in verband met de sterk toenemende kosten voor de gezondheidszorg door ontwikkelingen zoals dubbele vergrijzing en (medisch) technologische ontwikkeling⁷⁵, door de beleidsmakers naarstig gezocht naar methodes om de kosten in de hand te houden. Het middel van keuze is hierbij in de afgelopen decennia de budgettering geweest. In de laatste jaren is er echter meer aandacht ontstaan voor de introductie van marktprikkels om de doelstellingen op het gebied van zowel kwaliteit als betaalbaarheid te realiseren. Reeds in 2002 adviseerde de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) de toenmalige minister van VWS, mevrouw Borst, om instellingen met een winstoogmerk in de zorg niet langer wettelijk uit te sluiten.⁷⁶ In lijn hiermee zijn de eerste stappen gezet om ook for-profit ziekenhuisorganisaties toe te laten tot de Nederlandse gezondheidszorg. In het huidige regeerakkoord is de introductie van de winstdoelstelling in de gezondheidszorg expliciet opgenomen.⁷⁷

Het moge duidelijk zijn dat de transitie van een gezondheidszorg waarin alleen non-profit ziekenhuizen opereren naar een gezondheidszorg waarin winstuitkering tot de mogelijkheden behoort consequenties kan en zal hebben op de wijze waarop ziekenhuizen gefinancierd worden.

Een derde mogelijkheid die het, naast non-profit en for-profit organisaties, verdient in deze context genoemd te worden is de 'social business'.⁷⁸ Een social business is een for-profit organisatie waarin geen dividend uitgekeerd wordt. Vermogensverschaffers krijgen in een social business-omgeving alleen hun ingebrachte vermogen terug, maar ontvangen geen dividend. De motieven van de vermogensverschaffers hebben dan ook een sociaal karakter, er wordt immers geen rendement gemaakt op het ingebrachte vermogen. Het betreft hier dus als het ware een hybride tussenvorm tussen non-profit en for-profit organisaties.

Het verschil met de klassieke non-profit organisaties is ten eerste dat er wel sprake is van een winstdoelstelling, de winst wordt echter aangewend om de andere (primaire) doelstellingen te versterken. Ten tweede is er in een social business sprake van eigendom: er zijn aandeelhouders en deze aandeelhouders hebben ook zeggenschap. Dit brengt een andere governance-structuur met zich mee dan in non-profit organisaties gebruikelijk is. Voor het overige worden in een social business dezelfde principes toegepast als in een for-profit organisatie. Het presteren van de organisatie wordt echter afgemeten aan de hand van het behalen van de sociale doelstellingen, niet aan de hoeveelheid gerealiseerde winst.

In Nederland bestaan geen ziekenhuizen die werken volgens het social business model en derhalve zal hierop in dit bestek niet nader ingegaan worden. Er zijn echter landen waar dergelijke ziekenhuizen wel bestaan en het is niet in te zien waarom een dergelijk model niet ook in Nederland zou kunnen werken.⁷⁹

Winst als doel of winst als middel

Het belangrijkste verschil tussen profit en non-profit organisaties is de functie van winst. Voor elke organisatie is het maken van winst essentieel voor het voortbestaan van de organisatie. Winst is nodig voor het kunnen doen van investeringen en voor het opbouwen van een buffer om (financiële)

⁷⁵ [Advies RVZ, *Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg*, Den Haag 2008]

⁷⁶ [Advies RVZ, *Winst en gezondheidszorg*, Zoetermeer 2002]

⁷⁷ [Regeerakkoord VVD-CDA, *Vrijheid en verantwoordelijkheid*, 30 september 2010, pp. 18-19]

⁷⁸ [M Yunus, *Building social business*, Public Affairs, New York, 2010]

⁷⁹ [Grameen Healthcare Trust, website: www.grameenhealth.org]

tegenslagen te kunnen opvangen. Winst is in deze functie een middel om de continuïteit van de organisatie te waarborgen.

Bij profit organisaties heeft winst echter nog een functie. Winst kan aan verschafters van eigen vermogen uitgekeerd worden als dividend en kan daarmee het doel zijn van deze vermogensverschaffers. Daar waar het resultaat van een non-profit organisatie gemeten wordt aan de hand van soms moeilijk kwantificeerbare begrippen zoals hoeveelheid zorg en kwaliteit van zorg, is het resultaat van een profit organisatie (ten dele) te meten in geld en daarmee zeer goed te kwantificeren.

De 'ziekenhuismarkt'

Zoals hierboven reeds vermeld is het tevens van belang om een beeld te hebben van de ontwikkelingen in de omvang van de markt waarin de organisatie actief is. Zonder enige twijfel is de ziekenhuismarkt de afgelopen jaren een groeiende markt geweest, hetgeen ook blijkt uit onderstaande tabel.⁸⁰

	2003	2004	2005	2006	2007
Jaarlijks begrote uitgaven	41,9	44,1	45,8	47,6	50,1
Gerealiseerde uitgaven	43,7	45	46,6	48,6	51,3
Budgetoverschrijding	1,7	0,9	0,8	1	1,2
Stijging gerealiseerde uitgaven	7,4%	3,0%	3,6%	4,3%	5,5%

Tabel 1 - Ontwikkeling kosten gezondheidszorg

Bij de huidige groei zal er bovendien een steeds groter deel van de economische groei noodzakelijk zijn voor de dekking van de snel groeiende kosten voor de gezondheidszorg. Momenteel is al 20% van de economische groei nodig om de groei van de gezondheidszorg te bekostigen. Van de groei van inkomsten uit belastingen en premies gaat zelfs 35% naar de gezondheidszorg.⁸¹

Vergrijzing, achterblijvende arbeidsproductiviteit en ontwikkelingen in (medische) technologie, maar ook het toegenomen bewustzijn van de Nederlandse patiënt zijn hiervan belangrijke oorzaken. Naar verwachting zal deze trend zich de komende decennia nog doorzetten.^{82, 83}

Financieringsbehoefte

⁸⁰ [Zorgbalans 2008, Website RIVM: http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o7735n34421.html]

⁸¹ [Advies RVZ, *Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg*, Den Haag 2008]

⁸² [Advies RVZ, *Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg*, Den Haag 2008]

⁸³ [Rapport RIVM, *Vergrijzing en toekomstige ziektelast. Prognose chronische ziektenprevalentie 2005-2025*, Bilthoven 2007]

Financieringsbehoefte van ziekenhuizen

Nu wij ons zowel van de doelstellingen van ziekenhuizen als de marktomvang een beeld gevormd hebben is het mogelijk de financieringsbehoefte nader te formuleren. Het beste kan dit gedaan worden in de termen van kwaliteit, beschikbaarheid en betaalbaarheid.

Zoals reeds eerder gezegd is de *kwaliteit* een aspect dat met name de individuele patiënt betreft, hoewel er vanzelfsprekend ook een algemeen belang bestaat bij een hoge kwaliteit van gezondheidszorg in een land of regio. Over de wijze waarop financiering kan bijdragen aan het verhogen van de kwaliteit van zorg in een planeconomie of in een vrije marktomgeving is veel te zeggen en bestaat veel discussie, vaak politiek gekleurd. Het ligt buiten het bestek van dit hoofdstuk om dit onderdeel nader uit te werken.

Anders ligt dat bij de *beschikbaarheid*. Beschikbaarheid van zorg betekent dat het aanbod van zorg is afgestemd op de zorgvraag. Hierboven hebben wij reeds vastgesteld dat de ziekenhuismarkt een groeiende markt is. Dit betekent dat het voor ziekenhuisorganisaties van belang is om over een toenemende hoeveelheid vermogen te kunnen beschikken (door zowel het realiseren en reserveren van exploitatieoverschotten als door het regelmatig aantrekken van nieuw vermogen) zodat op deze groeiende vraag in de markt gereageerd kan worden.

De kosten van nieuw vermogen zullen hierbij echter zo laag mogelijk moeten blijven daar er (van overheidswege) een grote druk zal blijven bestaan op het macrobudget dat voor de gezondheidszorg beschikbaar is. Dit is essentieel om ook in de toekomst de *betaalbaarheid* van de (ziekenhuis)zorg te kunnen garanderen.

Bij een profit organisatie zal er, zoals hierboven reeds vermeld, een winstdoelstelling bestaan. Verschaffers van (risicodragend) eigen vermogen verwachten een rendement op hun vermogen ter compensatie van het beschikbaar stellen van dit vermogen en ter dekking van het genomen risico. In het algemeen liggen hierdoor de kosten van eigen vermogen in een profit omgeving hoger dan de kosten van vreemd vermogen, juist vanwege het hogere risico dat gelopen wordt (dit in tegenstelling tot de kosten voor eigen vermogen in een non-profit omgeving, alwaar deze kosten nihil zijn).

Financiering van ziekenhuizen in Nederland

Overzicht

De financiering van de Nederlandse ziekenhuizen bevindt zich door de ontwikkelingen in de markt in een transitiefase. Door de wijzigingen in de wijze waarop de ziekenhuiszorg betaald wordt is ook het risicoprofiel van de ziekenhuizen gewijzigd. Introductie van de (gereguleerde) marktwerking heeft risico's voor de ziekenhuisorganisaties met zich meegenomen die gevolgen hebben voor de financiering van deze ziekenhuizen. Daar waar vroeger alle kosten gegarandeerd gedekt werden door budgetten en nacalculaties is er met prestatiebekostiging en vrije prijsvorming de noodzaak ontstaan om te beschikken over sluitende begrotingen. Daar waar het vroeger ondenkbaar was dat ziekenhuizen failliet konden gaan is dit tegenwoordig een reële mogelijkheid, hoewel het eerst faillissement nog op zich laat wachten.

Verschaffers van (vreemd) vermogen zien deze risico's maar al te goed en verlangen meer zekerheden. Het belangrijkste hierbij lijkt momenteel te zijn het verhogen van het eigen vermogen van de ziekenhuizen. Als streefniveau wordt hierbij op dit moment nog gehanteerd een minimale solvabiliteit van 15%, maar het is niet uit te sluiten dat dit niveau de komende jaren nog zal stijgen.⁸⁴

⁸⁴ [NVZ Vereniging van Ziekenhuizen, *Zorg voor Baten*, brancherapport algemene ziekenhuizen 2010]

Ook het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ) hanteert ruwe normen voor een 'gezonde' vermogenspositie, namelijk een weerstandvermogen van 10 à 15%.⁸⁵

Momenteel is het beleid van ziekenhuizen er met name op gericht om het eigen vermogen te versterken vanuit de eigen exploitatie. Hoewel de ziekenhuizen er de afgelopen jaren in geslaagd zijn hierdoor enige verbetering van de solvabiliteit te bewerkstelligen, is dit een traag proces dat bovendien door zeer forse additionele bezuinigingen door de minister van VWS ernstig in het geding gekomen is.

Bovendien betekent het versterken van het eigen vermogen middels het exploitatieresultaat op macroniveau dat de premiebetaler de groei van het eigen vermogen betaalt. Hoewel deze dit niet direct zal merken zolang de toename van de winstmarge in de ziekenhuizen gerealiseerd wordt door efficiencyverbeteringen bij gelijkblijvend macrobudget, betekent dit echter dat de premiebetaler meer premie betaalt dan strikt noodzakelijk is. Het is daarom niet uit te sluiten dat toch ook andere manieren om het eigen vermogen te versterken zullen moeten worden onderzocht.

Vreemd vermogen

Vreemd vermogen en eigen vermogen

Aan de actiefzijde van de balans wordt weergegeven in welke middelen een onderneming geïnvesteerd heeft (Investeringsstructuur), aan de passiefzijde wordt getoond uit welke vermogensbronnen de investeringen zijn gefinancierd (financieringsstructuur).⁸⁶ Als men de passiefzijde nader beschouwt, dan kan men onderscheid maken tussen vreemd vermogen en eigen vermogen. Het vreemde vermogen bestaat uit de schulden van de onderneming. Aan het eigen vermogen is geen terugbetalingsverplichting gekoppeld. Het eigen vermogen speelt in de profit-sfeer een andere rol dan in de non-profit-sfeer (zie hierboven).

Hieronder zullen de diverse bronnen van vreemd vermogen besproken worden. Eigen vermogen wordt in de volgende paragraaf besproken.

Leningen bij kredietinstellingen

De bekendste en meest toegepaste vorm van vreemd vermogen bij ondernemingen is de lening bij kredietinstellingen. Banken verschaffen leningen aan ondernemingen en verlangen hiervoor naast de terugbetaling van de lening een rente. Bovendien is het voor de kredietverlener wenselijk de terugbetaling van de lening te borgen door bij de onderneming zekerheden te bedingen zoals het hypotheekrecht of het pandrecht. Tenslotte zullen kredietverschaffers in het algemeen verlangen dat er voldoende eigen vermogen in de onderneming is, hetgeen extra zekerheden verschaft, daar bij discontinuïteit van de onderneming verschaffers van vreemd vermogen voorrang genieten boven verschaffers van eigen vermogen.

Specifiek voor de Nederlandse gezondheidszorg is nog de mogelijkheid om aan een kredietverschaffer extra zekerheid te verschaffen middels een borging door het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ). Het WfZ heeft als uiterste 'achterborging' de garantie van de Nederlandse staat. Dit betekent voor kredietverschaffers dat er een nagenoeg verwaarloosbaar risico bestaat indien de

⁸⁵ [Website Waarborgfonds voor de Zorgsector: <http://www.wfz.nl/index2.php?content=deelnemen>]

⁸⁶ [W Koetzier, P Epe, Financiering voor profit en non-profit organisaties, derde druk, Wolters-Noordhoff Groningen/Houten, 2007, p. 15]

lening door het WfZ geborgd is. Voor aangesloten zorginstellingen betekent dit dat er eenvoudiger leningen aangetrokken kunnen worden en dat bovendien (door het beperkte risico) de rente over deze leningen lager zal zijn dan de rente van niet geborgde leningen.⁸⁷

Leningen kennen een contractuele en een rentetypische looptijd, een aflossingsschema en een rente. De contractuele looptijd heeft betrekking op de tijd tussen het afsluiten van de lening en het moment van (laatste) aflossing, de rentetypische looptijd geeft de periode weer waarin de rente gefixeerd is. Het aflossingsschema kan verschillende vormen hebben. Er kan sprake zijn van een bulletlening, hierbij wordt de gehele lening aan het einde van de looptijd in een keer afgelost. Vaker is er echter sprake van een lineair aflossingspatroon (aflossing in meerdere gelijke delen) of een annuïtair aflossingspatroon (aflossing plus rente blijven gedurende de looptijd op een gelijk niveau waarbij de rentecomponent geleidelijk kleiner wordt en er tegen het einde van de looptijd meer afgelost wordt). Rente kan een vast of een variabel niveau hebben. Middels rentederivaten zoals een renteswap kunnen overigens de risico's van een variabele rente weer afgedekt worden.⁸⁸

Obligatieleningen

Een alternatief voor leningen bij kredietinstellingen vormt de obligatielening. Een obligatielening is een lening die onderverdeeld is over een groot aantal verhandelbare schuldbewijzen met relatief lage bedragen. De lening kan op deze manier verdeeld worden over vele schuldeisers.⁸⁹

Op dit moment zijn we getuige van berichten over het uitgeven van obligaties door de DC|Groep van Loek Winter. De DC|Groep wil middels deze obligatie-uitgifte tegen een couponrente van 6,25% vreemd vermogen aantrekken om toekomstige groei te kunnen financieren.⁹⁰ Er zijn vele vormen van obligatieleningen mogelijk waarbij variaties op het gebied van aflossingsbeleid, rentevergoeding en bijzondere voorwaarden mogelijk zijn.

Voor de obligaties kunnen door de uitgever van de obligatielening aanvullende zekerheden verschaft worden zoals een hypothecaire dekking. Ook het tegengestelde is echter mogelijk: achterstelling van de obligatielening. In dit laatste geval zullen de obligatiehouders zich bij liquidatie van de onderneming in een achtergestelde positie bevinden hetgeen zich in het algemeen zal vertalen in een hogere rentevergoeding. De kosten van het verkregen vreemde vermogen zullen daarmee voor de uitgevende instantie toenemen. Het voordeel van een dergelijke achterstelling is echter wel dat vanuit het oogpunt van kredietinstellingen de obligatielening gezien wordt als een soort 'eigen vermogen' – het garantievermogen – en derhalve het aantrekken van een aanvullende bancaire financiering mogelijk maakt.

Bij het uitgeven van obligaties dient men echter wel rekening te houden met de markt voor deze obligaties. Zijn er potentiële afnemers voor de uit te geven obligaties? Hierbij spelen factoren als looptijd, rentevergoeding en eventuele achterstelling van belang, maar ook de kredietwaardigheid van de uitgevende instantie speelt een grote rol. Een potentiële afnemer wil immers een inschatting kunnen maken van de kansen om de hoofdsom tegen het einde van de looptijd weer terug te kunnen ontvangen.

In het algemeen wordt bij deze beoordeling van kredietwaardigheid gebruik gemaakt van zogenaamde 'rating agencies'. Belangrijke voorbeelden van rating agencies zijn Moody's en Standard & Poor's. Kredietwaardigheidsbeoordelingen lopen van AAA (Triple A), hetgeen betekent dat de

⁸⁷ [Website Waarborgfonds voor de Zorgsector: http://www.wfz.nl/site/index.php?c=hoe_werkt_het&p=1]

⁸⁸ [W Koetzier, P Epe, *Financiering voor profit en non-profit organisaties*, derde druk, Wolters-Noordhoff Groningen/Houten, 2007, hoofdstukken 9 en 10]

⁸⁹ [W Koetzier, P Epe, *Financiering voor profit en non-profit organisaties*, derde druk, Wolters-Noordhoff Groningen/Houten, 2007, hoofdstuk 11]

⁹⁰ [Website DC|Groep: <http://www.diagnostischcentrum.com/dc-groep/obligaties/>]

uitgevende instantie zeer kredietwaardig is, tot CCC (zeer twijfelachtige kredietwaardigheid). Obligaties in de categorieën B en C worden door hun twijfelachtige kredietwaardigheid ook wel ‘junkbonds’ of – iets positiever – ‘high yielders’ genoemd. Indien een ziekenhuis de uitgevende instantie zou zijn is het echter gezien de relatief beperkte omvang van ziekenhuizen de vraag of het wel zinvol is om een dergelijke rating te laten bepalen, daar dit een kostbare exercitie kan zijn.

Tenslotte is het van belang om in te kunnen schatten of de obligaties voldoende liquide zijn. Is er een levendige handel in de obligaties, dan is het mogelijk voor een obligatiehouder om, indien gewenst, de obligaties eenvoudig weer van de hand te doen.

De ‘Debt Capital Market’

Naast bancaire leningen en obligatieleningen is ook de zogenaamde ‘Debt Capital Market’ (DCM) meer en meer in opkomst. Op de DCM worden leningen gebundeld in een Special Purpose Vehicle (SPV, een rechtspersoon, opgericht voor dit specifieke doel). Grote (financiële) organisaties zoals bijvoorbeeld pensioenfondsen kunnen vervolgens hun vermogen beleggen in deze SPV’s.⁹¹

Banken spelen op de DCM, net als op de markt voor obligaties, in het algemeen een rol als bemiddelaar. Het voordeel voor de banken is dat de leningen niet op de eigen balans staan en derhalve geen beslag leggen op het noodzakelijke gereserveerde eigen vermogen. Dit is voor banken van extra belang nu de eisen omtrent de verhouding tussen eigen en vreemd vermogen voor de banken zelf door het Basel-III-akkoord nog verder aangescherpt zullen worden.⁹² Bovendien hebben banken de mogelijkheid om de leningen van meerdere ondernemingen te bundelen en dan als geheel te laten beoordelen door een rating-organisatie.

Ook voor de partijen die extra vermogen willen aantrekken en voor partijen die juist vermogen willen verschaffen heeft deze constructie voordelen. Voor de partij die geld wil lenen ontstaat er de mogelijkheid om ook (relatief) kleine leningen via de DCM te krijgen omdat deze lening wordt samengevoegd met andere leningen tot een pakket met een grotere omvang. Voor de verschaffer van vermogen ontstaat er een omvangrijke investeringspropositie met een rating van een rating agency, hetgeen de investering veel aantrekkelijker maakt. Bovendien kan er door de omvang vermogen aangetrokken worden op de mondiale geldmarkt.

Eigen vermogen

Bronnen van eigen vermogen

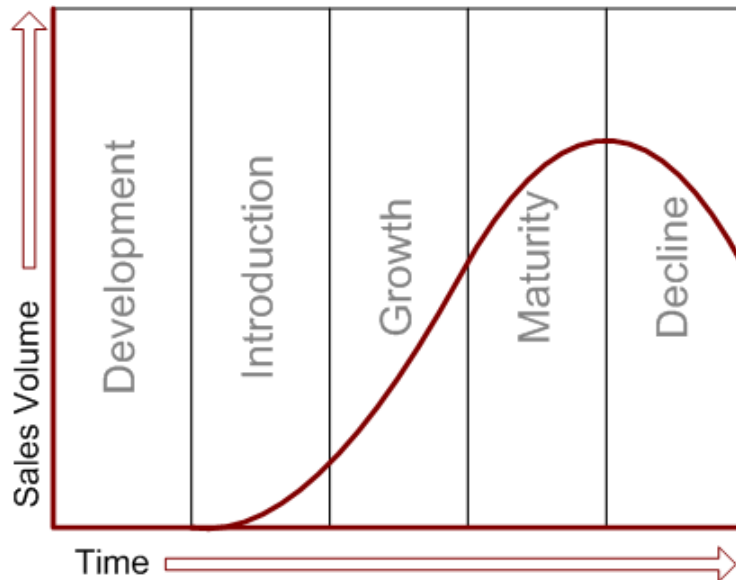
Zoals reeds eerder aangegeven trachten ziekenhuizen momenteel hun eigen vermogen aan te sterken vanuit de eigen exploitatie. Er zijn echter nog andere methoden om dit doel te bereiken. Er kan op de kapitaalmarkt eigen vermogen aangetrokken worden door een aandelenverkoop of – emissie. Belangrijke verschaffers van eigen vermogen zijn private equity partijen. Daarnaast kan eigen vermogen worden aangetrokken door een beursgang. Tenslotte kunnen ook schenkingen het eigen vermogen versterken.

⁹¹ [Website Royal Bank of Scotland: <http://www.rbs.co.uk/corporate/finance/g3/debt-capital-markets.ashx#tabs=section1>]

⁹² [Website Basel III: www.baseliii.nl]

Private equity

Private equity is er in diverse soorten en maten: 'buyout', 'development capital', 'growth capital' en 'venture capital'. Fraser-Sampson geeft aan dat het verschil tussen deze vormen van private equity met name begrepen dient te worden aan de hand van de bedrijven waarin geïnvesteerd wordt.⁹³ Het is hierbij zinvol om de verschillende bedrijven in te delen in verschillende fases van ontwikkeling. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de 'Product Life Cycle' (PLC, zie onderstaande figuur).



Figuur 3 - De product life cycle

Venture capital richt zich met name op de development- en introductiefase, growth capital richt zich op de groeifase, buyout en development capital richten zich op de fases van volwassenheid en terugval. Het verschil tussen de laatste twee vormen van private equity zit met name in het feit dat de eerstgenoemde in het algemeen een meerderheidsaandeel (en daarmee de controle over een onderneming) verworft en de laatstgenoemde een minderheidsaandeel. Private equity partijen zullen soms de deelneming geheel zelf financieren, soms zullen zij echter ook gebruik maken van de hefboom van additioneel aan te trekken vreemd vermogen, de zogenaamde 'leverage'.

Voor alle vormen van private equity geldt echter dat zij (middels fondsen) deelnemingen verwerven in niet-beursgenoteerde ondernemingen. Private equity partijen trekken hiervoor kapitaal uit de markt dat zij voor de kapitaalverschaffers beheren. Voor dit beheer wordt een premie gerekend. De doelstelling bestaat daaruit de waarde van de deelneming te vergroten en uiteindelijk de onderneming weer met winst door te verkopen of naar de beurs te brengen. Ook van de winst bij verkoop zal een private equity partij haar deel ontvangen. Klassiek is de 2%/20% regel: 2% beheersfee over het totale fonds en 20% van het rendement bij afsluiten van het fonds.

Voordat private equity in de Nederlandse ziekenhuismarkt een serieuze optie kan worden is het echter van groot belang dat de Nederlandse overheid de mogelijkheden voor dergelijke deelnemingen bij wet mogelijk maakt. Een helder en stabiel beleid op dit vlak is bovendien essentieel voor het aantrekken van een grotere groep (internationale) private equity partijen, hetgeen de voorwaarden op de markt voor private equity voor de ziekenhuizen gunstig zou beïnvloeden.

⁹³ [G Fraser-Sampson, *Private equity as an asset class*, Second edition, John Wiley & Sons Ltd., Chichester 2010]

Beursgang

De effectenbeurs stelt ondernemingen in staat om nieuw aandelenvermogen te verkrijgen van een zo ruim mogelijk publiek. Bovendien maakt het de deelneming voor de belegger meer liquide en is hij continu op de hoogte van de waarde van zijn portefeuille.⁹⁴ Een beursgang is echter geen eenvoudige onderneming. Om deze reden worden ondernemingen die naar de beurs willen in het algemeen begeleid door een bank. Uiteraard zal de bank hiervoor betaald moeten worden. Bovendien zal een beursgenoteerd bedrijf halfjaarlijks moeten rapporteren over de resultaten en moet alle informatie die relevant is voor een goede koersbepaling bekend gemaakt worden.

Er zijn in Nederland (uiteraard) geen beursgenoteerde ziekenhuizen. In het buitenland is dit echter wel het geval. Zo was in Duitsland Rhön Klinikum in november 1989 de eerste ziekenhuisketen die naar de beurs ging.⁹⁵

Schenkeningen

Schenkeningen spelen in Nederland geen grote rol in het versterken van het eigen vermogen. Gezien het maatschappelijke karakter zou dit wellicht meer aandacht kunnen krijgen. Ook zouden ziekenhuizen met een duidelijke ideologische of religieuze signatuur de mogelijkheid moeten hebben om een deel van het vermogen te verwerven uit schenkingen. In landen als de Verenigde Staten lijkt er, mogelijk mede door het ontbreken van een sterke verzorgingsstaat, veel meer sprake te zijn van een schenkings-cultuur en daar zullen deze schenkingen dus ook een grotere rol spelen. Binnen het bestek van dit hoofdstuk zullen schenkingen niet nader onderzocht worden.

Conclusie

Financiering heeft in de meest strikte zin van het woord betrekking op de passiefzijde van de balans, oftewel de wijze waarop het vermogen van een onderneming is samengesteld. Op het gebied van financiering staan ziekenhuizen momenteel voor een lastige opgave. De onzekerheden in de ziekenhuismarkt zijn de afgelopen jaren alleen maar toegenomen en de druk op de exploitatie is groter dan ooit tevoren. Dit zal het versterken van het eigen vermogen uit winstgevende exploitatie buitengewoon moeilijk maken en hierin zal de integrale toepassing van businessmodellen haar meerwaarde moeten tonen. Ziekenhuisbestuurders zullen bij financieringsopgaven naast financiering middels bancaire leningen ook moeten kijken naar alternatieven. Obligatieleningen of het aantrekken van risicodragend eigen vermogen kunnen hierbij mogelijkheden zijn. Uiteraard is het voor dit laatstgenoemde alternatief wel noodzakelijk dat de overheid het ingezette beleid verder doorvoert en de mogelijkheden voor winstuitkering in de gezondheidszorg verder uitbreidt en in de wet verankert.

⁹⁴ [W Koetzier, P Epe, *Financiering voor profit en non-profit organisaties*, derde druk, Wolters-Noordhoff Groningen/Houten, 2007, p. 85 e.v.]

⁹⁵ [Website Rhön Klinikum: http://www.rhoen-klinikum-ag.com/rka/cms/rka_2/deu/32968.html]

Fase II – Praktijkdeel I

Analyse jaarverslagen en jaarrekeningen

Op welke wijze wordt er op dit moment in de Nederlandse algemene ziekenhuizen gebruik gemaakt van (elementen van) businessmodellen?

Hoe worden de Nederlandse ziekenhuizen momenteel gefinancierd? Hoe groot is de financieringsbehoefte van ziekenhuizen? Wat zijn de risico's die aan de huidige financieringsstructuur verbonden zijn?

Hoofdstuk 5 – Analyse toepassing businessmodellen

Op welke wijze wordt er op dit moment in de Nederlandse algemene ziekenhuizen gebruik gemaakt van (elementen van) businessmodellen?

Methode

Geanalyseerde ziekenhuizen

Voor de analyse is gebruik gemaakt van de jaarverslagen van 20 Nederlandse algemene ziekenhuizen over het jaar 2009.⁹⁶ De NVZ onderscheidt in haar jaarrapport ziekenhuizen die liggen in een gebied met een hoge marktdichtheid of in een gebied met een lage marktdichtheid. Tevens wordt er onderscheid gemaakt tussen grote ziekenhuizen (omzet groter of gelijk aan 150 miljoen Euro) en kleine ziekenhuizen (omzet kleiner dan 150 miljoen Euro). Indien wij beide variabelen combineren zijn er vier groepen: hoge marktdichtheid – grote omzet, hoge marktdichtheid – kleine omzet, lage marktdichtheid – grote omzet, lage marktdichtheid – kleine omzet. Uit elke groep zijn willekeurig 5 ziekenhuizen geselecteerd voor de analyse.

Marktdichtheid	Omzet		Totaal
	<i>groot</i>	<i>klein</i>	
<i>hoog</i>	14	15	29
<i>laag</i>	20	34	54
Totaal	34	49	83

Tabel 2 - Classificering ziekenhuizen NVZ

⁹⁶ [De jaarverslagen van ziekenhuizen zijn beschikbaar via www.jaarverslagenzorg.nl]

<u>Ziekenhuis</u>	<u>Plaats</u>	<u>Marktdichtheid</u>	<u>Omvang ziekenhuis</u>
Albert Schweizer Ziekenhuis	Dordrecht	laag	groot
Alysis Zorggroep	Arnhem	laag	groot
Antonius Ziekenhuis	Sneek	laag	klein
BovenIJ Ziekenhuis	Amsterdam	hoog	klein
Bronovo Ziekenhuis	Den Haag	hoog	klein
Catharina Ziekenhuis	Eindhoven	hoog	groot
Ikazia Ziekenhuis	Rotterdam	hoog	klein
Isala Klinieken	Zwolle	laag	groot
Laurentius Ziekenhuis	Roermond	laag	klein
Maasstad Ziekenhuis	Rotterdam	hoog	groot
Martini Ziekenhuis	Groningen	laag	groot
Maxima Medisch Centrum	Veldhoven	hoog	groot
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis	Amsterdam	hoog	groot
Rijnland Ziekenhuis	Leiderdorp	hoog	klein
Scheper Ziekenhuis	Emmen	laag	klein
Spaarne Ziekenhuis	Hoofddorp	hoog	klein
Tergooiziekenhuizen	Hilversum	hoog	groot
Ziekenhuis Bernhoven	Oss	laag	klein
Ziekenhuisgroep Twente	Almelo	laag	groot
ZorgSaam	Terneuzen	laag	klein

Tabel 3 - Geanalyseerde ziekenhuizen

Methode analyse jaarverslagen

De jaarverslagen van de 20 geselecteerde ziekenhuizen zijn onderzocht. In de analyse werd specifiek gelet op het voorkomen en de invulling van de elementen van het in hoofdstuk 3 gepresenteerde businessmodel. Bij elk element werd op de aanwezigheid van specifieke criteria gelet die cruciaal zijn om concurrentievoordeel te behalen zoals bij de beschrijving van de elementen van het businessmodel is aangegeven.

Strategie

Bij het element strategie is met name de concernstrategie geanalyseerd waarbij gekeken is hoe helder en concreet de missie, visie en productmarkt afbakening zijn uitgewerkt. Zijn er specifiek regio's bepaald (geografisch element) en zijn er concrete keuzes gemaakt welke zorg wel of niet wordt aangeboden (zorginhoudelijk element)?

Organisatiestructuur en processen

Bij het element structuur is gekeken naar de rechtsvorm, het bestuursmodel (RVE of divisiemodel) en procesoptimalisatie. Voor wat betreft dit laatste is gelet of dit in het jaarverslag wordt vermeld en of er specifiek programma's zijn die gericht zijn op de verbetering van zorgprocessen. Voorbeelden hiervan zijn zorgpaden en het gebruik van de TOC methode.

Cultuur

Bij dit element is gekeken of het begrip wordt genoemd en of er een instellingsbreed cultuurprogramma is vormgegeven. In meerdere jaarverslagen wordt het begrip cultuurverandering gemeld als noodzakelijk onderdeel van een patiëntveiligheid programma. Dit wordt in deze analyse echter niet tot een instellingsbreed cultuurprogramma gerekend.

Mensen

Bij dit element is gekeken in naar de aanwezigheid van interne opleiding en ontwikkelprogramma's (meerjaren opleidingsplan), de arbeidsproductiviteit (gemeten in gegenereerde omzet per FTE), het verloop (aantal personen die in en uit dienst treden in het verslagjaar) en het ziekteverzuimpercentage. Tevens is bij dit element gebruik gemaakt van de gegevens uit DigiMV⁹⁷ met betrekking tot de arbeidsproductiviteit en de berekening van het personeelsverloop.

Middelen

Bij dit element is gekeken naar de aanwezigheid van een lange termijn huisvestingsplan, een onderhoudsplan en de aanwezigheid van een op vakgroep of instellingsniveau functionerend EPD.

Resultaten

Bij dit element werd gekeken naar het cijfer voor de patiënttevredenheid, het aantal ingediende klachten bij de klachtenfunctionaris en de klachtencommissie en de aanwezigheid van een instellingsbrede NIAZ accreditatie.

Resultaten

⁹⁷ [DigiMV is een door het ministerie van VWS beheerde database waarin ziekenhuizen hun jaarverslagen digitaal moeten deponeren. DigiMV bevat gegevens over de instelling, over de omvang van de productie en over de financiële prestaties.]

	Strategie		Structuur		
	Product-marktafbakening		Rechtsvorm	Divisie/RVE	Procesoptimalisatie
	Geografisch	Zorginhoudelijk			
Albert Schweizer Ziekenhuis	Ja	Basiszorg, topklinische zorg	Stichting	RVE structuur	Ja, TOC
Alysis Zorggroep	Ja	Basiszorg, topklinische zorg, focusgebieden: Focussed Factory Kliniek	Stichting	RVE structuur	Ja, zorgpaden
Antonius Ziekenhuis	Ja	Basiszorg	Stichting	Divisies	Ja, zorgpaden
BovenIJ Ziekenhuis	Ja	Basiszorg, focusgebieden: electieve zorgaanbod, 1e lijns diagnostiek	Stichting	RVE structuur	Nee
Bronovo Ziekenhuis	Ja	Basiszorg	Stichting	RVE structuur	Ja, zorgpaden
Catharina Ziekenhuis	Ja	Basiszorg, topklinische zorg, topreferente zorg	Stichting	RVE structuur	Ja, Six Sigma
Ikazia Ziekenhuis	Ja	Basiszorg	Stichting	Divisies	Ja, zorgpaden
Isala Klinieken	Ja	Basiszorg, topklinische zorg, focusgebieden: 2 centers of excellence	Stichting	RVE structuur	Ja, Lean
Laurentius Ziekenhuis	Ja	Basiszorg	Stichting	Divisies	Nee
Maasstad Ziekenhuis	Ja	Basiszorg, topklinische zorg	Stichting	Divisies	Ja, TOC
Martini Ziekenhuis	Ja	Basiszorg, topklinische zorg	Stichting	RVE structuur	Nee
Máxima Medisch Centrum	Ja	Basiszorg, topklinische zorg, topreferente zorg, focusgebieden: moeder en kind	Stichting	RVE structuur	Nee
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis	Ja	Basiszorg, topklinische zorg, focusgebieden: hart- en vaatziekten en SEH	Stichting	RVE structuur	Ja, zorgpaden
Rijnland Ziekenhuis	Ja	Basiszorg	Stichting	Divisies	Ja, zorgpaden
Scheper Ziekenhuis	Ja	Basiszorg	Stichting	Divisies	Ja, zorgpaden
Spaarne Ziekenhuis	Ja	Basiszorg, topklinische zorg, topreferente zorg	Stichting	Divisies	Nee
Tergooiziekenhuizen	Ja	Basiszorg, focusgebieden: chronische zorg, ouderdomsziekten oncologie	Stichting	Divisies	Ja, zorgpaden
Ziekenhuis Bernhoven	Ja	Basiszorg	Stichting	RVE structuur	Ja, zorgpaden
Ziekenhuisgroep Twente	Ja	Basiszorg, topklinische zorg	Stichting	Divisies	Ja, Lean en Six Sigma
ZorgSaam	Ja	Basiszorg	Stichting	Divisies	Nee

Tabel 4 - Analyse jaarverslagen: strategie en structuur

	Cultuur		Mensen				
	<u>Genoemd</u>	<u>Programma</u>	<u>Opleidingsplan</u>	<u>Arbeidsproductiviteit</u>	Verloop		<u>Ziekteverzuim</u>
					<u>In dienst</u>	<u>Uit dienst</u>	
Albert Schweizer Ziekenhuis	Ja	Ja	Ja	94.182	10,8%	13,6%	5%
Alysis Zorggroep	Ja	Nee	Ja	88.790	9,5%	8,7%	4,75%
Antonius Ziekenhuis	Ja	Nee	Nee	115.362	9,1%	4,2%	4,20%
BovenIJ Ziekenhuis	Nee	Nee	Ja	89.363	13,2%	14,9%	5,60%
Bronovo Ziekenhuis	Ja	Nee	Nee	102.408	Niet vermeld	Niet vermeld	5%
Catharina Ziekenhuis	Ja	Nee	Ja	113.587	12,0%	14,0%	5,30%
Ikazia Ziekenhuis	Ja	Nee	Ja	88.095	15,7%	11,5%	3,80%
Isala Klinieken	Ja	Nee	Ja	97.583	11,3%	8,4%	4,60%
Laurentius Ziekenhuis	Ja	Ja	Nee	85.552	Niet vermeld	Niet vermeld	Niet vermeld
Maasstad Ziekenhuis	Ja	Ja	Ja	105.467	Niet vermeld	Niet vermeld	3,50%
Martini Ziekenhuis	Ja	Ja	Ja	101.572	9,2%	9,2%	4,30%
Máxima Medisch Centrum	Nee	Nee	Ja	98.063	15,2%	14,8%	5,33%
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis	Ja	Nee	Ja	125.864	32,6%	27,2%	4,33%
Rijnland Ziekenhuis	Ja	Ja	Ja	124.487	Niet vermeld	Niet vermeld	Niet vermeld
Scheper Ziekenhuis	Ja	Nee	Nee	149.121	Niet vermeld	Niet vermeld	4,00%
Spaarne Ziekenhuis	Ja	Nee	Ja	97.978	18,5%	15,2%	3,96%
Tergooiziekenhuizen	Ja	Ja	Ja	84.384	22,2%	19,8%	5,72%
Ziekenhuis Bernhoven	Ja	Ja	Ja	78.547	Niet vermeld	Niet vermeld	Niet vermeld
Ziekenhuisgroep Twente	Nee	Nee	Ja	84.974	Niet vermeld	Niet vermeld	Niet vermeld
ZorgSaam	Nee	Nee	Ja	119.332	20,9%	20,5%	4,00%

Tabel 5 - Analyse jaarverslagen: cultuur en mensen

	Middelen			Resultaten		
	<u>Huisvestingsplan</u>	<u>Onderhoudsplan</u>	<u>EPD</u>	<u>Patiënttevredenheid</u>	<u>Klachten</u>	<u>NIAZ</u>
Albert Schweizer Ziekenhuis	Ja	Niet vermeld	Nee	Algemeen: 7,9	klachtencommissie: 45	Ja
Alysis Zorggroep	Ja	Ja	Ja	Algemeen: 8	klachtencommissie: 65	Ja
Antonius Ziekenhuis	Ja	Niet vermeld	Nee	Kliniek: 8,1 Polikliniek: 8,5	klachtenfunctionaris: 173, klachtencommissie: 2	Ja
BovenIJ Ziekenhuis	Ja	Niet vermeld	Nee	Niet vermeld	klachtenfunctionaris: 239, klachtencommissie: 10	Ja
Bronovo Ziekenhuis	Ja	Ja	Ja	Niet vermeld	klachtenfunctionaris: 176, klachtencommissie: 32	Ja
Catharina Ziekenhuis	Ja	Ja	Ja	Algemeen: 8	klachtenfunctionaris: 412, klachtencommissie: 8	Ja
Ikazia Ziekenhuis	Niet vermeld	Niet vermeld	Nee	Niet vermeld	klachtencommissie: 22	Ja
Isala Klinieken	Niet vermeld	Niet vermeld	Ja	Niet vermeld	klachtenfunctionaris: 908, klachtencommissie: 17	Deelaccreditatie
Laurentius Ziekenhuis	Ja	Niet vermeld	Nee	Kliniek: 8,2 Polikliniek: 7,9	klachtenfunctionaris: 224 klachtencommissie: 64	Ja
Maasstad Ziekenhuis	Ja	Niet vermeld	Ja	Algemeen: 7,9	klachtenfunctionaris: 441, klachtencommissie: 44	Nee
Martini Ziekenhuis	Niet vermeld	Niet vermeld	Nee	Algemeen: 7,8	klachtenfunctionaris: 401, klachtencommissie: 10	Ja
Máxima Medisch Centrum	Ja	Niet vermeld	Nee	Algemeen: 8,1	klachtenfunctionaris: 794, klachtencommissie: 12	Nee
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis	Niet vermeld	Ja	Nee	Niet vermeld	klachtencommissie: 60	Ja
Rijnland Ziekenhuis	Niet vermeld	Niet vermeld	Nee	Niet vermeld	klachtenfunctionaris: 1483, klachtencommissie: 15	Deelaccreditatie
Scheper Ziekenhuis	Niet vermeld	Niet vermeld	Ja	Niet vermeld	klachtenfunctionaris: 287, klachtencommissie: 50	Nee
Spaarne Ziekenhuis	Ja	Niet vermeld	Nee	Algemeen: 8	klachtenfunctionaris: 257, klachtencommissie: 6	Ja
Tergooiziekenhuizen	Ja	Ja	Nee	Algemeen: 7,2	klachtenfunctionaris: 548, klachtencommissie: 37	Nee
Ziekenhuis Bernhoven	Niet vermeld	Ja	Nee	Niet vermeld	klachtencommissie: 41	Nee
Ziekenhuisgroep Twente	Ja	Ja	Nee	Niet vermeld	klachtenfunctionaris: 285, klachtencommissie: 7	Nee
ZorgSaam	Ja	Nee	Nee	Algemeen: 8,3	klachtencommissie: 65	Ja

Tabel 6 - Analyse jaarverslagen: middelen en resultaten

Wanneer de diverse jaarverslagen worden geanalyseerd, wordt duidelijk dat vrijwel alle ziekenhuizen een duidelijk geografisch adherentiegebied aangeven. Wanneer naar het zorginhoudelijk element wordt gekeken, is het opvallend te zien dat er slechts in enkele gevallen een echte duidelijke keuze is gemaakt welke zorg wel of niet wordt aangeboden. De meeste ziekenhuizen bieden een breed palet van medisch specialistische basiszorg aan. Daarnaast hangt het van het type en de grootte van het ziekenhuis af of er tevens topklinische, topreferente zorg en opleidingsplaatsen voor specialismen worden aangeboden. In de praktijk blijkt er dan ook weinig verschil in portfolio tussen bijvoorbeeld topklinische ziekenhuizen onderling te zijn. Slechts een enkeling noemt concrete doelstellingen in de strategie op het gebied van te behalen marktaandeel, groei-doelstellingen en het te behalen rendement van het ziekenhuis.

Alle geanalyseerde ziekenhuizen zijn stichtingen die bestuurd worden volgens het Raad van Toezicht model. Eén ziekenhuis heeft in plaats van een Raad van Toezicht een Raad van Commissarissen. Verder zijn veel ziekenhuizen hun structuur aan het omvormen. In het verleden werd er veel gewerkt

met divisies en zorgafdelingen, maar momenteel vindt er een duidelijke verschuiving plaats naar het werken volgens het model van Resultaat Verantwoordelijke Eenheden (RVE's). Hierdoor ontstaat een meer decentrale structuur waarbij beslissingsbevoegdheden en verantwoordelijkheden dichterbij het werkproces komen te liggen.

Het merendeel van de ziekenhuizen is verder op een of andere manier bezig met procesoptimalisatie. In een aantal ziekenhuizen wordt dit gedaan door introductie van zorgpaden en het optimaliseren hiervan. Slechts in een enkel ziekenhuis wordt procesoptimalisatie instellingbreed toegepast, waarbij een keuze wordt gemaakt tussen de verschillende stromingen, zoals TOC (Theory Of Constraints), Lean en Six Sigma.

Momenteel blijkt organisatiecultuur geen vooraanstaand aandachtspunt in de ziekenhuizen te zijn. De term wordt doorgaans wel genoemd in het jaarverslag of blijkt uit aanwezige kernwaarden, maar wordt verder in het algemeen niet nader uitgewerkt in een instellingsbreed cultuurprogramma. Een aantal ziekenhuizen doet dit wel, zoals de Rijnland Zorggroep met het programma Planetree.

Vrijwel alle ziekenhuizen besteden veel aandacht aan opleiding en ontwikkeling van hun medewerkers. Zo hebben de meeste ziekenhuizen een eigen academie of opleidingscentrum opgericht, waar deze activiteiten onder vallen. Ondanks het feit dat er veel aandacht voor het opleiden van medewerkers is, is het verloop van personeel (in- en uitstroom) in enkele ziekenhuizen zeer fors. Veel ziekenhuizen geven aan moeite te hebben met het invullen van vacatures. De ligging van het ziekenhuis in Nederland speelt hierbij een rol. Verder zijn er grote verschillen in de arbeidsproductiviteit tussen de verschillende ziekenhuizen. Het ziekteverzuim ligt bij alle ziekenhuizen tussen de 3,50 % (Maasstad Ziekenhuis) en 5,72 % (Tergooiziekenhuizen).

De meeste organisaties beschikken over een lange termijn huisvestingsplan, waarbij renovatie van het huidige gebouw of nieuwbouwplannen worden beschreven. Een duidelijk onderhoudsplan voor de huidige apparatuur en inventaris van het ziekenhuis wordt slechts door enkele ziekenhuizen gemeld. Veel ziekenhuizen zijn momenteel bezig met de ontwikkeling en implementatie van een EPD. Bij verschillende ziekenhuizen is dit op bepaalde afdelingen al ingevoerd, maar er is nog geen ziekenhuis wat dit instellingsbreed heeft geïmplementeerd en gebruikt.

Hoewel alle ziekenhuizen patiënttevredenheid meten, wordt dit cijfer niet altijd in het jaarverslag genoemd. De ziekenhuizen die het wel noemen, hebben stuk voor stuk hoge cijfers (boven de 7) en sommige ziekenhuizen lijken alleen het cijfer te noemen op een bepaald gebied als dit hoog scoort. Het aantal ingediende klachten wordt wel in de jaarverslagen vermeld en volgt uit de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ). Er is een verschil tussen het indienen van een klacht bij de klachtenfunctionaris, wat zeer laagdrempelig is, en het officieel indienen van een klacht bij de klachtencommissie. Toch verschilt het aantal ingediende klachten bij de klachtencommissie van de verschillende ziekenhuizen fors. Van zes klachten bij het Spaarne Ziekenhuis tot vijfenzeestig klachten bij Zorgsaam en de Alysis Zorggroep. Er zijn verschillende soorten accreditaties mogelijk binnen ziekenhuizen, waarbij de NIAZ-accreditering momenteel de belangrijkste is. Een groot aantal ziekenhuizen heeft inmiddels een instellingbrede accreditatie hiervoor, terwijl andere slechts een deelaccreditering hebben of nadenken over een mogelijk traject voor het behalen van een NIAZ accreditatie. Een aantal ziekenhuizen lijkt verder bewust niet gekozen te hebben voor een NIAZ accreditatie.

Conclusie

De geanalyseerde Nederlandse ziekenhuizen besteden met name aandacht aan de elementen organisatiestructuur en bedrijfsprocessen en mensen waarbij de invulling vaak niet organisatiebreed

plaatsvindt. Opvallend is dat er weinig focus aanwezig is in de waardeproposities van de ziekenhuizen en dat het element cultuur onderbelicht blijft. De overige elementen worden zeer uiteenlopend ingevuld.

Uit deze analyse van de jaarverslagen blijkt dat businessmodellen nog niet integraal worden toegepast in ziekenhuizen en zij dus niet optimaal profiteren van de meerwaarde die een businessmodel voor een organisatie kan opleveren. Doordat slechts een paar elementen (gedeeltelijk) belicht worden gaat er veel potentiële waarde verloren waardoor er geen duurzaam concurrentievoordeel en een optimaal rendement gerealiseerd wordt.

Hoofdstuk 6 – Analyse financiering ziekenhuizen

Hoe worden de Nederlandse ziekenhuizen momenteel gefinancierd? Hoe groot is de financieringsbehoefte van ziekenhuizen? Wat zijn de risico's die aan de huidige financieringsstructuur verbonden zijn?

Methode

Methode analyse jaarrekeningen

Voor de financiële analyse van de Nederlandse ziekenhuizen is gebruik gemaakt van een tweetal bronnen. Ten eerste zijn de jaarrekeningen van de 20 geselecteerde algemene ziekenhuizen (zie voor een toelichting ook het vorige hoofdstuk) in een tabel opgenomen zodat deze met elkaar vergeleken kunnen worden (Bijlage I). Ten tweede zijn de financiële cijfers en productiecijfers van alle algemene ziekenhuizen over de jaren 2007 tot en met 2009 opgevraagd bij DigiMV en verwerkt tot een overzichtelijke tabel (Bijlage II) waaruit vervolgens relevante informatie gedistilleerd is.

Bij de analyse van de jaarrekeningen is gebruik gemaakt van de geconsolideerde balans, de geconsolideerde jaarrekening, het geconsolideerde kasstroomoverzicht en de toelichting bij de geconsolideerde balans en de geconsolideerde jaarrekening. Uit de gegevens uit DigiMV zijn de productie gerelateerde en de financiële gegevens gebruikt voor het samenstellen van de tabel. In 2007 hebben 77 van de 83 (in 2010) door de NVZ geclassificeerde ziekenhuizen een volledige rapportage aangeleverd aan DigiMV, in 2008 waren dat er 79 en in 2009 81.

De gegevens uit de database van DigiMV hebben slechts betrekking op de hoofdpunten uit de balans en de resultatenrekening. Daar waar een nadere uitwerking van meer detaillistische gegevens noodzakelijk was is gebruik gemaakt van de cijfers uit de jaarrekeningen van de 20 onderzochte ziekenhuizen.

Resultaten

De balans

Om een goede indruk te krijgen van de balans van een algemeen ziekenhuis is van de 81 algemene ziekenhuizen in Nederland die in een volledige rapportage over het jaar 2009 gedeponneerd hebben bij DigiMV een cumulatieve en een gemiddelde balans opgesteld (Tabel 7). Voor de nadere analyse van de diverse balansposten is gebruik gemaakt van de analyse van de 20 geselecteerde ziekenhuizen (Bijlage I).

Allereerst moet gemeld worden dat de gemiddelde balans uit het DigiMV bestand en de gemiddelde balans van de 20 onderzochte ziekenhuizen voor wat betreft de verdeling van de bedragen over de diverse balansposten niet noemenswaardig van elkaar verschillen. Dit betekent dat de steekproef representatief is voor de gehele groep.

Het enige verschil is dat in de onderzochte subgroep van 20 ziekenhuizen het balanstotaal aanzienlijk hoger ligt dan gemiddeld in Nederland. De verklaring hiervoor bestaat daaruit dat in de totale groep ziekenhuizen er 34 grote en 49 kleine ziekenhuizen zijn en in de onderzochte subgroep van 20 ziekenhuizen is de verdeling 10 om 10. Dit betekent logischerwijs dat de absolute bedragen op zowel de balans als de resultatenrekening en het kasstroomoverzicht in de onderzochte subgroep van 20 ziekenhuizen hoger zullen liggen.

Aan de actiefzijde valt op dat de vaste activa 70% van het balanstotaal vormen. Deze post wordt bijna geheel gevormd door de materiële vaste activa, met name onroerend goed, (medische) inventaris en onderhanden projecten. Bij de vlottende activa wordt de grootste post gevormd door de vorderingen en overlopende activa, met name door de vorderingen op debiteuren.

Aan de passiefzijde valt het relatief lage eigen vermogen op: 11,8% ultimo 2009 (12,0% in de onderzochte subgroep). Wat echter nog opvallender is, is dat het eigen vermogen plus de langlopende leningen tezamen slechts circa 50% van het totale vermogen vormen. Een groot gedeelte van de vaste activa van ziekenhuizen is dus kort gefinancierd. Een niet onaanzienlijk deel hiervan bestaat uit schulden aan kredietinstellingen (10,6%) en uit de aflossingsverplichting over de langlopende leningen (4,3%), maar ook de post crediteuren speelt een rol (4,3%).

Interessant is ook de zeer grote post schulden uit hoofde van een financieringsoverschot (11,0% in de DigiMV groep en 14,4% in de onderzochte subgroep). Deze is aanzienlijk groter dan de post vorderingen uit hoofde van het financieringstekort aan de actiefzijde van de balans (0,9%, respectievelijk 0,4%). Dit betekent dat de verzekeraars voor ruim 10% (en in de onderzochte subgroep zelfs 14%) de balans van de ziekenhuizen financieren. Vroeg of laat zullen de verzekeraars dit geld echter terug moeten krijgen.

	<i>Cumulatief</i>	<i>Gemiddeld</i>	
Activa			
<i>Vaste activa</i>			
Immateriële vaste activa	133.803.562	1.651.896	0,9%
Materiële vaste activa	9.703.362.219	119.794.595	67,2%
Financiële vaste activa	258.919.493	3.196.537	1,8%
<u>Totaal vaste activa</u>	<u>10.096.085.274</u>	<u>124.643.028</u>	<u>70,0%</u>
<i>Vlottende activa</i>			
Vorraden	173.178.967	2.138.012	1,2%
Onderhanden werk uit hoofde van DBC's	661.559.361	8.167.400	4,6%
Vorderingen en overlopende activa	2.815.696.234	34.761.682	19,5%
Vorderingen uit hoofde van financieringstekort	122.728.674	1.515.169	0,9%
Effecten	3.094.364	38.202	0,0%
Liquide middelen	559.298.355	6.904.918	3,9%
<u>Totaal vlottende activa</u>	<u>4.335.555.955</u>	<u>53.525.382</u>	<u>30,0%</u>
Totaal activa	14.431.641.229	178.168.410	100,0%
Passiva			
<i>Eigen vermogen</i>			
Kapitaal	67.153.749	829.059	0,5%
Collectief gefinancierd gebonden vermogen	1.467.144.031	18.112.889	10,2%
Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen	167.017.420	2.061.943	1,2%
<u>Totaal eigen vermogen</u>	<u>1.701.315.200</u>	<u>21.003.891</u>	<u>11,8%</u>
<i>Voorzieningen</i>	<i>334.776.051</i>	<i>4.133.038</i>	<i>2,3%</i>
<i>Langlopende schulden</i>	<i>5.592.111.564</i>	<i>69.038.414</i>	<i>38,7%</i>
<i>Kortlopende schulden</i>	<i>5.222.244.735</i>	<i>64.472.157</i>	<i>36,2%</i>
<i>Schulden uit hoofde van financieringsoverschot</i>	<i>1.581.193.679</i>	<i>19.520.910</i>	<i>11,0%</i>
Totaal passiva	14.431.641.229	178.168.410	100,0%

Tabel 7 - Balans 2009

De resultatenrekening

Ook voor de resultatenrekening is gebruik gemaakt van de 81 ziekenhuizen die over 2009 in DigiMV gerapporteerd hebben en ook hier is weer een cumulatieve en een gemiddelde resultatenrekening opgesteld (Tabel 8). Het zelfde is gedaan voor de onderzochte subgroep (Bijlage I). Zoals reeds eerder gemeld zijn de absolute bedragen in de onderzochte subgroep in verband met de wijze van selectie van de onderzochte ziekenhuizen hoger dan het gemiddelde uit de DigiMV groep. De relatieve hoogte van de posten komt echter weer nagenoeg overeen.

De algemene ziekenhuizen waren in 2009 voor 25,1% (24,7% in de onderzochte subgroep) van de omzet afhankelijk van productie in het vrije segment: het B-segment. 63,4% (63,0% in de onderzochte subgroep) van de omzet was nog gebudgetteerd. De belangrijkste kosten bestonden uit personeelskosten (56,7% respectievelijk 56,3%). Binnen deze post werd 2,7% van de omzet uitgegeven aan de inzet van personeel niet in loondienst. Van de overige bedrijfskosten (32,2%)

bestond 19,0% uit patiënt- en bewoners gebonden kosten en 6,3% uit algemene kosten. Het resultaat bedroeg 1,7% van de omzet (zowel in DigiMV groep als in de subgroep).

	<i>Cumulatief</i>	<i>Gemiddeld</i>	
<u>Resultatenrekening</u>			
<u>Bedrijfsopbrengsten</u>			
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten en/of subsidie	8.211.407.739	101.375.404	63,4%
Omzet B-segment	3.247.594.380	40.093.758	25,1%
Niet-gebudgetteerde zorgprestaties	384.332.921	4.744.851	3,0%
Overige bedrijfsopbrengsten	1.102.048.351	13.605.535	8,5%
<u>Totaal bedrijfsopbrengsten</u>	<u>12.945.383.391</u>	<u>159.819.548</u>	<u>100,0%</u>
<u>Bedrijfslasten</u>			
Personeelskosten	7.333.765.079	90.540.310	56,7%
Afschrijvingen op immateriële en materiële vaste activa	994.626.367	12.279.338	7,7%
Bijzondere waardeverminderingen van vaste activa	22.148.109	273.433	0,2%
Overige bedrijfskosten	4.097.857.999	50.590.839	31,7%
<u>Totaal bedrijfslasten</u>	<u>12.448.397.554</u>	<u>153.683.920</u>	<u>96,2%</u>
<u>Bedrijfsresultaat</u>	<u>496.985.837</u>	<u>6.135.628</u>	<u>3,8%</u>
<u>Financiële baten en lasten</u>			
Financiële baten	12.584.194	155.360	0,1%
Financiële lasten	-305.146.202	-3.767.237	-2,4%
<u>Totaal financiële baten en lasten</u>	<u>-292.562.008</u>	<u>-3.611.877</u>	<u>-2,3%</u>
<u>Resultaat uit gewone bedrijfsvoering</u>	<u>204.423.829</u>	<u>2.523.751</u>	<u>1,6%</u>
<u>Belastingen</u>	<u>-1.092.321</u>	<u>-13.485</u>	<u>0,0%</u>
<u>Resultaat uit gewone bedrijfsvoering na belastingen</u>	<u>203.331.508</u>	<u>2.510.266</u>	<u>1,6%</u>
<u>Buitengewone baten en lasten</u>			
Buitengewone baten	13.379.000	165.173	0,1%
Buitengewone lasten	-234.586	-2.896	0,0%
<u>Totaal buitengewone baten en lasten</u>	<u>13.144.414</u>	<u>162.277</u>	<u>0,1%</u>
<u>Resultaat boekjaar</u>	<u>216.475.922</u>	<u>2.672.542</u>	<u>1,7%</u>

Tabel 8 - Resultatenrekening 2009

Rentabiliteit, solvabiliteit en liquiditeit

Voor de beoordeling van de rentabiliteit, solvabiliteit en liquiditeit is wederom gebruik gemaakt van de gegevens uit DigiMV.

De rentabiliteit op het eigen vermogen is niet nader aangegeven daar er geen sprake is van profit organisaties. De rentabiliteit op vreemd vermogen is echter wel nader uitgewerkt (Tabel 9) en hieruit blijkt dat de afgelopen jaren de rentabiliteit op vreemd vermogen bijzonder laag is geweest: tussen 2,4% en 2,6%.

	Aantal instellingen	Balans			Resultatenrekening	Kengetallen
		Balans totaal cumulatief (x 1.000.000 Euro)	Eigen vermogen cumulatief (x 1.000.000 Euro)	Vreemd vermogen cumulatief (x 1.000.000 Euro)	Financiële lasten cumulatief (x 1.000.000 Euro)	Rentabiliteit op vreemd vermogen
2007	77	10.330	924	9.407	227	2,4%
2008	79	12.918	1.377	11.540	295	2,6%
2009	81	14.432	1.701	12.730	305	2,4%
Rentabiliteit op vreemd vermogen: Financiële lasten/vreemd vermogen						

Tabel 9 - Kosten vreemd vermogen

Zowel de solvabiliteit en het weerstandsvermogen als ook de resultaatratio zien we de afgelopen jaren toenemen (Tabel 10). Het (voorlopige) streefniveau van 15% voor de solvabiliteit is echter nog niet bereikt. Hiervoor zouden de onderzochte 81 ziekenhuizen een extra eigen vermogen nodig hebben van ruim 460 miljoen Euro. Voor een solvabiliteit van 20% of zelfs 25% zou respectievelijk een toevoeging aan het eigen vermogen nodig zijn van bijna 1,2 miljard Euro en ruim 1,9 miljard Euro.

	Aantal instellingen	Balans				Resultatenrekening				Kengetallen		
		Balans totaal cumulatief (x 1.000.000 Euro)	Eigen vermogen cumulatief (x 1.000.000 Euro)	Balans totaal gemiddeld (x 1.000.000 Euro)	Eigen vermogen gemiddeld (x 1.000.000 Euro)	Omzet cumulatief (x 1.000.000 Euro)	Resultaat cumulatief (x 1.000.000 Euro)	Omzet gemiddeld (x 1.000.000 Euro)	Resultaat gemiddeld (x 1.000.000 Euro)	Solvabiliteit	Weerstandsvermogen	Resultaatio
2007	77	10.330	924	134	12	9.092	81	118	1,1	8,9%	10,2%	0,9%
2008	79	12.918	1.377	164	17	11.298	129	143	1,6	10,7%	12,2%	1,1%
2009	81	14.432	1.701	178	21	12.945	217	160	2,7	11,6%	13,1%	1,7%
Solvabiliteit:		Eigen vermogen/balans totaal										
Weerstandsvermogen:		Eigen vermogen/omzet										
Resultaatio:		Resultaat/omzet										

Tabel 10 - Kengetallen

Overigens zijn er regionale verschillen zichtbaar en heeft ook de omvang van het ziekenhuis invloed op de financiële situatie van het ziekenhuis. Om dit aan te geven zijn de gegevens over solvabiliteit en resultaatratio weergegeven in tabel 11 en 12 voor het jaar 2009, onderverdeeld naar postcoderegio en onderverdeeld naar de door de NVZ gehanteerde indeling naar marktdichtheid en omvang van het ziekenhuis.⁹⁸ Ook in bijlage I zijn gemiddelden weergegeven voor de verschillende groepen op basis van de door de NVZ gehanteerde indeling. Voor meer gegevens wordt naar deze bijlage verwezen.

⁹⁸ [NVZ Vereniging van Ziekenhuizen, *Zorg voor Baten*, brancherapport algemene ziekenhuizen 2010]

Regio	Aantal instellingen	Balans				Resultatenrekening				Kengetallen		
		Balanstotaal cumulatief (x 1.000.000 Euro)	Eigen vermogen cumulatief (x 1.000.000 Euro)	Balanstotaal gemiddeld (x 1.000.000 Euro)	Eigen vermogen gemiddeld (x 1.000.000 Euro)	Omzet cumulatief (x 1.000.000 Euro)	Resultaat cumulatief (x 1.000.000 Euro)	Omzet gemiddeld (x 1.000.000 Euro)	Resultaat gemiddeld (x 1.000.000 Euro)	Solvabiliteit	Weerstandsvermogen	Resultaatio
1	13	2.010	230	155	18	1.833	29	141	2,3	11,5%	12,6%	1,6%
2	11	1.929	244	175	22	1.730	34	157	3,1	12,7%	14,1%	2,0%
3	12	2.098	302	175	25	1.904	59	159	4,9	14,4%	15,9%	3,1%
4	8	1.093	148	137	19	1.111	27	139	3,3	13,5%	13,3%	2,4%
5	10	2.015	238	201	24	1.829	25	183	2,5	11,8%	13,0%	1,4%
6	7	1.643	136	235	19	1.403	-8	200	-1,1	8,3%	9,7%	-0,6%
7	10	1.962	240	196	24	1.591	18	159	1,8	12,2%	15,1%	1,1%
8	5	1.038	108	208	22	1.040	26	208	5,1	10,4%	10,3%	2,5%
9	5	644	55	129	11	505	7	101	1,4	8,6%	10,9%	1,4%
Totaal	81	14.432	1.701	178	21	12.945	217	160	2,7	11,8%	13,1%	1,7%

Solvabiliteit: Eigen vermogen/balanstotaal
 Weerstandsvermogen: Eigen vermogen/omzet
 Resultaatio: Resultaat/omzet

Tabel 11 - Verschillen naar postcode regio

	Aantal instellingen	Balans				Resultatenrekening				Kengetallen		
		Balanstotaal cumulatief (x 1.000.000 Euro)	Eigen vermogen cumulatief (x 1.000.000 Euro)	Balanstotaal gemiddeld (x 1.000.000 Euro)	Eigen vermogen gemiddeld (x 1.000.000 Euro)	Omzet cumulatief (x 1.000.000 Euro)	Resultaat cumulatief (x 1.000.000 Euro)	Omzet gemiddeld (x 1.000.000 Euro)	Resultaat gemiddeld (x 1.000.000 Euro)	Solvabiliteit	Weerstandsvermogen	Resultaatio
Hoge marktdichtheid												
Groot	14	3.132	460	224	33	3.134	79	224	5,6	14,7%	14,7%	2,5%
Klein	15	1.903	200	127	13	1.492	21	99	1,4	10,5%	13,4%	1,4%
Subtotaal	29	5.034	660	174	23	4.626	100	160	3,5	13,1%	14,3%	2,2%
Lage marktdichtheid												
Groot	20	5.554	658	278	33	4.804	77	240	3,9	11,8%	13,7%	1,6%
Klein	32	3.843	384	120	12	3.516	39	110	1,2	10,0%	10,9%	1,1%
Subtotaal	52	9.397	1.041	181	20	8.320	116	160	2,2	11,1%	12,5%	1,4%
Totaal	81	14.432	1.701	178	21	12.945	217	160	2,7	11,8%	13,1%	1,7%

Hoge marktdichtheid: Randstad en regio Eindhoven
 Lage marktdichtheid: Overige regio's
 Groot ziekenhuis: Ziekenhuisomzet groter of gelijk aan 150 miljoen Euro
 Klein ziekenhuis: Ziekenhuisomzet kleiner dan 150 miljoen Euro
 Solvabiliteit: Eigen vermogen/balanstotaal
 Weerstandsvermogen: Eigen vermogen/omzet
 Resultaatio: Resultaat/omzet

Tabel 12 - Verschillen naar marktdichtheid en omvang

De liquiditeit wordt weergegeven in onderstaande tabel. Wat direct opvalt is de negatieve nettowerkkapitaalspositie van de ziekenhuizen. Deze negatieve positie zou kunnen betekenen dat ziekenhuizen een aanzienlijk risico lopen om in acute betalingsproblemen te komen. Dat dit niet gebeurt is grotendeels te verklaren door de verwevenheid die momenteel nog bestaat tussen de ziekenhuizen en de verzekeraars. Hierdoor bestaat er als het ware continu een voorfinanciering van de ziekenhuizen die elk jaar op de balans terugkeert. Het kortlopende karakter van deze voorfinanciering verdwijnt daarmee.

		Balans - cumulatief			Balans - gemiddeld			Kengetallen			
	Aantal instellingen	Viottende activa cumulatief (x 1.000.000 Euro)	Waarvan voorraden cumulatief (x 1.000.000 Euro)	Kortlopende verplichtingen cumulatief (x 1.000.000 Euro)	Viottende activa gemiddeld (x 1.000.000 Euro)	Waarvan voorraden gemiddeld (x 1.000.000 Euro)	Kortlopende verplichtingen gemiddeld (x 1.000.000 Euro)	Nettowerkkapitaal cumulatief (x 1.000.000 Euro)	Nettowerkkapitaal gemiddeld (x 1.000.000 Euro)	Current ratio	Quick ratio
2007	77	3.372	113	5.524	44	1,5	72	-2.152	-28	0,61	0,59
2008	79	4.234	151	6.739	54	1,9	85	-2.504	-32	0,63	0,61
2009	81	4.336	173	7.138	54	2,1	88	-2.803	-35	0,61	0,58
Nettowerkkapitaal:		Viottende activa-kortlopende schulden									
Current ratio:		Viottende activa/kortlopende schulden									
Quick ratio:		(viottende activa-voorraden)/kortlopende schulden									

Tabel 13 - Liquiditeit

Vreemd vermogen

Analyse vreemd vermogen

Zoals uit bovenstaande analyse blijkt zijn ziekenhuizen voor een groot deel gefinancierd met vreemd vermogen (bijna 88,2%!). In een volledig gebudgetteerde en risicoarme omgeving is dit mogelijk doordat zowel kredietinstellingen als overige verschaffers van vreemd vermogen (o.a. crediteuren) instemmen met een lage solvabiliteit van het ziekenhuis, juist vanwege het zeer gunstige risicoprofiel. Bovendien zijn de kosten voor vreemd vermogen de afgelopen jaren zeer laag geweest: 2,4% in 2007, 2,6% in 2008 en 2,4% in 2009. Dit maakt het voor de ziekenhuizen zeer interessant om een groot deel van de balans met vreemd vermogen te financieren.

Deze lage kosten voor vreemd vermogen zijn te verklaren door twee factoren. Ten eerste is de rente die ziekenhuizen voor hun langlopende leningen betalen relatief laag door het (ten tijde van het aantrekken van deze leningen) gunstige risicoprofiel (zie hieronder onder leningen).

Ten tweede bestaat bij ziekenhuizen gemiddeld circa 50% van het totale vermogen uit kortlopende schulden, waarvan het grootste deel niet of slechts met zeer lage rente belast is. Zo geldt voor de post crediteuren in het algemeen geen rentevergoeding en wordt over de post 'schulden uit hoofde van financieringsoverschot' – een niet onaanzienlijke post van gemiddeld ruim 10% van het balanstotaal – het jaargemiddelde van de 1-maands Euribor berekend.⁹⁹ In 2009 bedroeg dit gemiddelde 0,888%, in 2010 is dit zelfs gedaald naar 0,570%.¹⁰⁰ De post kortlopende schulden aan kredietinstellingen betreft de rekening courant kredieten. Deze worden in de volgende paragraaf (leningen) nader toegelicht.

Leningen

⁹⁹ [Nederlandse Zorgautoriteit, *Beleidsregel CI-1134*, artikel 2.1.1 sub d]

¹⁰⁰ [Voor Euribortarieven, zie website Global-Rates.com, <http://nl.global-rates.com/rentestanden/euribor/euribor.aspx>]

Analyse van de langlopende leningen

Bij alle ziekenhuizen is er sprake van langlopende leningen. In de database van DigiMV zijn geen gegevens beschikbaar over deze langlopende leningen. Voor de analyse van deze leningen is derhalve gebruik gemaakt van de jaarrekeningen van de 20 onderzochte ziekenhuizen. 18 van de 20 geanalyseerde ziekenhuizen rapporteren uitgebreid over de leningen en zijn in onderstaande tabel opgenomen. De contractuele looptijd van de leningen kan oplopen tot 50 en in één enkel geval zelfs 58 jaar! Hoewel de meeste leningen een lineaire aflossing hebben komen ook annuïtaire- en bulletleningen voor en leningen met afwijkende aflossingsschema's. Rentepercentages variëren tussen de 2,33% en 10,13% hoewel het overgrote deel van de leningen rentes heeft tussen 3% en 6%.

De Bank Nederlandse Gemeenten (BNG) is de grootst verschaffer van leningen bij de onderzochte ziekenhuizen, bijna 37% van alle leningen worden door de BNG verschaft. Andere kredietinstellingen die veel leningen verschaffen aan de onderzochte instellingen zijn Fortis Bank, de Nederlandse Waterschapsbank (NWB), de Rabobank en de ING.

	Leningen		Rente		BNG		Fortis		NWB		Rabobank		ING		Overig	
	Aantal	Totaal	Minimale rente	Maximale rente	Aantal	Totaal	Aantal	Totaal	Aantal	Totaal	Aantal	Totaal	Aantal	Totaal	Aantal	Totaal
Albert Schweitzer Ziekenhuis	8	107.975.000	3,70%	4,43%			4	53.987.500					4	53.987.500		
Antonius Ziekenhuis	9	34.170.089	3,00%	5,03%	4	17.016.757	1	5.357.125	2	8.508.378			1	3.151.252	1	136.577
Bovenius Ziekenhuis	15	37.774.314	3,19%	7,25%	6	18.528.802			3	8.530.441	3	4.690.077			3	602.4994
Bronovo Ziekenhuis	8	29.685.871	3,88%	5,41%	8	29.685.871										
Isaie Ziekenhuis	11	43.292.065	3,73%	5,26%	6	10.563.523			3	12.297.292	1	9.381.250			1	11050000
Isaie Kliniek	19	52.201.715	3,73%	6,18%	8	17.895.426			1	1.520.163						
Laurentius Ziekenhuis	6	17.400.165	3,52%	4,40%			2	4.467.600								
Maximilien Ziekenhuis	12	83.595.000	3,22%	5,82%			5	18.818.000								
Martini Ziekenhuis	30	203.776.198	2,33%	6,60%	8	36.801.872			15	152.116.810	2	4.255.402	4	17.405.000	1	3.403.352
Maxima Medisch Centrum	21	97.723.000	3,20%	7,50%	15	44.578.000							4	52.645.000	2	500000
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis	15	91.772.751	4,38%	7,00%			15	91.772.751								
Rijnland Ziekenhuis	17	117.991.316	3,81%	6,34%	11	110.401.054			1	1.348.237			1	916.292	4	5325733
Scheper Ziekenhuis	36	86.847.965	2,99%	10,13%	11	54.432.729	1	5.106.000	1	1.542.000	5	6.512.311	2	4.166.374	16	15085551
Spaarne Ziekenhuis	16	155.313.233	3,40%	5,85%	7	113.431.667	7	38.200.896	2	3.600.670						
Tergooi Ziekenhuizen	13	34.536.000	3,35%	7,00%	6	14.922.000	1	13.000	1	3.000.000			2	1.749.000	3	14852000
Ziekenhuis Bernhoven	18	28.429.616	2,73%	5,80%	14	21.170.864			1	3.131.991			1	2.475.000	1	1288737
Ziekenhuisgroep Twente	26	101.680.000	3,21%	6,97%	6	14.081.000	10	49.007.000					3	17.195.000	7	21377000
Zorgbeem	10	53.399.872	3,29%	7,25%	1	2.213.563	1	841.561	7	28.694.789	3	4.024.030	2	2.418.263	4	15207638
Totaal	298	1.377.544.170	2,33%	10,13%	111	505.721.128	47	267.571.453	37	224.370.771	26	66.904.844	23	159.512.032	52	153.463.941

Geanalyseerde ziekenhuizen: Alrijds Zorggroep en Catharina Ziekenhuis rapporteren in de jaarrekening op onvoldoende detail om in deze analyse mee te nemen.
Totaal: De totalen hebben betrekking op het ooldo ultimo 2009
Overig: ABN-AMRO, ABP, Aegon, Amersfoortse, ASN Bank, Brocosef Holding, Consortium (BNG, Fortis, ING, Van Lanschoot), C&E Bankiers, De Schiedde - Pens., Gemeente Emmen, Gemeente Rotterdam, Gemeente Zvolle, Huuders, Leveste, Nationale Nederlanden, OUMA Levensverzekeringen, Pensioenfonds Graf. Bead., Pensioenfonds NRG Nederland, P&A ACS Bank, PGGM, Postbank Groen, Raiff. Boerenleenbank, RVS Levensverzekeringen, Schelvest bv, Sint Laurens Instituut, Steundichting Sneek, St. BPF Bouwrijverheid, St. BPF Metastrijverheid, Suythold, W&M, Hyp. Bank, Zorggroep Suydevest

Tabel 14 - Langlopende leningen

Analyse rekening courant krediet

In de meeste jaarrekeningen wordt expliciet (in de toelichting bij de jaarrekening) of impliciet (in de post 'kortlopende schulden aan kredietinstellingen') melding gemaakt van het bestaan van rekening courant kredietfaciliteiten. Bij slechts twee van de 20 ziekenhuizen wordt echter in de jaarrekening melding gemaakt van de hoogte van de rente. Tweemaal is er sprake van een rente die gelijk is aan de 1-maands Euribor plus 75 basispunten.

Gemiddeld bedraagt de schuld in rekening courant ruim 22 miljoen Euro per ziekenhuis, in totaal is dit voor de 20 ziekenhuizen ruim 447 miljoen Euro.

Risico's van de huidige financieringsstructuur

Als wij een duidelijk beeld willen hebben van de reële mogelijkheden om nieuw vermogen in de organisatie te verkrijgen is het zinvol om de risico's van het huidige financieringssysteem en de ingezette en voorgenoemen beleidswijzigingen nader in beeld te brengen. De belangrijkste risico's zullen hieronder besproken en waar mogelijk gekwantificeerd worden.

Budgetkortingen

De afgelopen jaren heeft de overheid aan de Nederlandse ziekenhuizen aanzienlijke kortingen opgelegd. Het betreffen hier efficiencykortingen en kortingen ter compensatie van budgetoverschrijdingen in voorgaande jaren. De laatste korting betrof een korting van uiteindelijk 314 miljoen Euro.¹⁰¹ Recent heeft de minister van VWS echter laten weten dat er over het jaar 2010 wederom forse overschrijdingen geweest zijn die binnen het budget van VWS opgevangen moeten worden. Het betreft een bedrag van 1,5 miljard Euro in de sector 'cure'.¹⁰² De minister heeft voor het opvangen van deze tekorten drie mogelijkheden: premiestijgingen, beperken van het verzekerde pakket en het korten van de zorgaanbieders. Voor welke mogelijkheden de minister zal kiezen is op dit moment nog niet zeker, maar het is niet uit te sluiten dat het kortingsinstrument toch weer toegepast zal worden.

Het moge duidelijk zijn dat door deze (structurele) kortingen de toch al niet ruime resultaten van de ziekenhuizen verder onder druk komen te staan. De potentiële effecten van kortingen worden in de onderstaande tabel weergegeven.

	Reeds vastgesteld 340.000.000		Potentieel nog vast te stellen additionele kortingen i.v.m. overschrijding 2010					
			250.000.000	500.000.000		1.000.000.000		
Aandeel 'gemiddeld ziekenhuis'	3.400.000	1,7%	5.900.000	3,0%	8.400.000	4,3%	13.400.000	6,9%
Huidige omzet 'gemiddeld ziekenhuis'	194.489.841	100,0%	194.489.841	100,0%	194.489.841	100,0%	194.489.841	100,0%
Huidige resultaat 'gemiddeld ziekenhuis'	3.261.006	1,7%	3.261.006	1,7%	3.261.006	1,7%	3.261.006	1,7%
Nieuwe omzet na correctie(s)	191.089.841	100,0%	188.589.841	100,0%	186.089.841	100,0%	181.089.841	100,0%
Nieuw resultaat na correctie(s)	-138.994	-0,1%	-2.638.994	-1,4%	-5.138.994	-2,8%	-10.138.994	-5,6%

Tabel 15 - Effect budgetkortingen

Voor de berekening van de effecten is uitgegaan van de situatie waarbij het 'gemiddelde ziekenhuis' 1/100 van de totale korting te verwerken krijgt. Voor de berekening is bovendien uitgegaan van de in 2009 gerealiseerde omzetten en resultaten zonder groei of indexatie.

De overgang naar DOT

Per 1 januari 2012 zal, als de huidige plannen doorgaan, de DOT ingevoerd worden als bekostigingssysteem voor de Nederlandse ziekenhuizen. Het huidige DBC-systeem is pas in 2005 ingevoerd, maar lijkt nu alweer aan vervanging toe te zijn. Hoewel DOT letterlijk betekent 'DBC's Op weg naar Transparantie', is het nog zeer de vraag of dit doel bereikt zal worden. Wel is duidelijk dat met de introductie het aantal declarabele 'zorgproducten' van circa 30.000 naar circa 4.400 gereduceerd wordt.¹⁰³ Ook zullen de declaratiebepalingen, de voorwaarden waaronder een DOT-zorgproduct gedeclareerd mag worden, gewijzigd worden. Een belangrijk onderdeel hiervan is dat een DOT een minimale looptijd heeft. Dit is een verandering ten opzichte van de DBC-systematiek die kan betekenen dat het langer zal duren alvorens een zorgproduct gefactureerd kan worden. De post

¹⁰¹ [Beleidsregel NZa BR/CU-2023]

¹⁰² [Bericht Zorgvisie 24 maart 2011, zie website Zorgvisie: <http://www.zorgvisie.nl/Financien/Overschrijding-VWS-is-21-miljard-euro.htm>]

¹⁰³ [Website NZa: <http://www.nza.nl/publicaties/nieuws/NZa-keurt-productstructuur-DOT-goed/>]

‘onderhanden werk’ zal hierdoor toenemen. Afhankelijk van de huidige doorlooptijd van een DBC in de ziekenhuizen zal het effect groter of kleiner zijn. In het slechtste geval kan dit echter tot drie maanden oplopen. Het effect hiervan voor het ‘gemiddelde ziekenhuis’ is in onderstaande tabel weergegeven.

	Huidige situatie						
Totale omzet	194.489.841						
Omzet A-segment	122.584.269						
Omzet B-segment	47.990.577						
Totale omzet A- en B-segment	170.574.846						
		Toename doorlooptijd zorgproducten in DOT-systematiek					
		1 maand		2 maanden		3 maanden	
Onderhanden werk	6.411.034	20.625.605		34.840.175		49.054.746	
Kosten financiering onderhanden werk							
1% rente	64.110 0,03%	206.256 0,11%		348.402 0,18%		490.547 0,25%	
2% rente	128.221 0,07%	412.512 0,21%		696.804 0,36%		981.095 0,50%	
3% rente	192.331 0,10%	618.768 0,32%		1.045.205 0,54%		1.471.642 0,76%	
4% rente	256.441 0,13%	825.024 0,42%		1.393.607 0,72%		1.962.190 1,01%	
5% rente	320.552 0,16%	1.031.280 0,53%		1.742.009 0,90%		2.452.737 1,26%	
Het percentage naast de kosten van de financiering van het onderhanden werk geeft de relatieve kosten weer ten opzichte van de totale omzet							

Tabel 16 - Effect DOT

Aan de overgang naar de DOT-systematiek kleeft echter nog een risico: het is tot op heden onbekend welke tarieven er aan de DOT-zorgproducten gekoppeld zullen worden en hoe de huidige ‘casemix’ van de ziekenhuizen, de nieuwe declaratieregels in ogenschouw nemend, vertaald moet worden naar een DOT-casemix. Ook dit laatste brengt een extra omzetrisico met zich mee.

Vergroting B-segment

Binnen het B-segment vallen de in het algemeen goed planbare en redelijk uniforme zorgproducten. Over de tarieven voor B-segment DBC's kunnen zorgverleners en zorgverzekeraars onderling prijsafspraken maken, dit in tegenstelling tot DBC's in het A-segment waarvoor vaste tarieven bestaan. Bij de introductie van de DBC-systematiek bestond macrobudgettair 10% uit B-segment DBC's. In de jaren daarop is het B-segment geleidelijk tot 34% gegroeid. Uiteindelijk zal het B-segment nog verder groeien. De NZa heeft recent onderzocht dat circa 70-85% van de ziekenhuiszorg zich ervoor leent om opgenomen te worden in het B-segment.¹⁰⁴ Al jaren is er echter onzekerheid in welk tempo dit zal gebeuren. Zeer recent heeft de huidige minister echter aangegeven dat reeds in 2012 70% van de behandelingen in het B-segment opgenomen zal worden.¹⁰⁵

Het effect van de uitbreiding van het B-segment op de financiering van ziekenhuizen manifesteert zich op een aantal vlakken. Ten eerste zal het budget dat nu nog voor het A-segment geldt worden geschoond voor de behandelingen die overgaan naar het B-segment. Dit betreft zowel de normatieve kostenbedragen als de kapitaallasten. Hoewel deze componenten uiteraard in de vervolgens overeen te komen tarieven voor de B-segment zorgproducten verdisconteerd zullen worden, neemt het risico voor de instelling op twee vlakken toe: de omzetrisico's voor het te realiseren volume komen geheel bij het ziekenhuis te liggen en door de onzekerheid over de werkelijke kosten van de nieuwe DOT-zorgproducten – waarmee nog geen ervaring is opgedaan – zal het voor de zorgverlener en de zorgverzekeraar lastig zijn juiste tarieven vast te stellen.

¹⁰⁴ [Website NZa: <http://www.nza.nl/publicaties/nieuws/NZa-verkent-uitbreiding-b-segment/>]

¹⁰⁵ [Brief van VWS aan de Tweede Kamer de dato 14 maart 2011, betreft: zorg die loont, kenmerk CZ-IPZ3056686]

De omvang van de beide effecten is moeilijk te kwantificeren. In onderstaande tabel zijn daarom diverse scenario's geschetst. In verband met de toegenomen concurrentie, met name op de markt voor electieve zorg is druk op het volume bovendien een zeer reëel risico.

Huidige omzet totaal	194.489.841	100,0%
Huidige omzet B-segment	47.990.577	24,7%
Omzet B-segment bij 70%	98.804.129	50,8%
Huidig rendement	3.261.006	1,7%

Volume	Prijs									
	0%		-1%		-2%		-5%		-10%	
0%	3.261.006	1,7%	2.272.965	1,2%	1.284.923	0,7%	-1.679.201	-0,9%	-6.619.407	-3,6%
-1%	2.272.965	1,2%	1.294.804	0,7%	316.643	0,2%	-2.617.840	-1,4%	-7.508.644	-4,1%
-2%	1.284.923	0,7%	316.643	0,2%	-651.638	-0,3%	-3.556.479	-1,9%	-8.397.881	-4,6%
-5%	-1.679.201	-0,9%	-2.617.840	-1,4%	-3.556.479	-1,9%	-6.372.397	-3,4%	-11.065.593	-6,1%
-10%	-6.619.407	-3,6%	-7.508.644	-4,1%	-8.397.881	-4,6%	-11.065.593	-6,1%	-15.511.779	-8,8%

In de tabel is uitgegaan van het rendement over het jaar 2009 met een omzetting van het B-segment naar 70% waarbij de omzetting omzet- en kostenneutraal uitgevoerd is.
Het rendement bij de diverse prijs- en volumecorrecties is in absolute waarden weergegeven en in relatieve waarden ten opzichte van de gecorrigeerde omzet

Tabel 17 - Effect uitbreiding B-segment

Ten tweede zal echter ook in korte tijd de post 'schulden uit hoofde van financieringsoverschot' aanzienlijk gereduceerd worden. In beginsel zal deze post in gelijke mate afnemen met de afname van de omvang van het A-segment. Ultimo 2009 bedroeg deze post bij de ziekenhuizen gemiddeld 11,0% en in de onderzochte groep van 20 ziekenhuizen zelfs 14,4%. Daar het A-segment van 66% naar 30% zou afnemen, een afname van bijna 55%, zou ook deze schuldenpost met 55% afnemen naar 6,1% respectievelijk 7,9%. Het verschil, een bedrag van 10 à 15 miljoen Euro per ziekenhuis, zal op een andere wijze gefinancierd moeten worden waarbij de rentekosten vermoedelijk aanzienlijk hoger zullen liggen dan de 0,88% die in 2009 en de 0,57% die in 2010 betaald werd.

Kapitaallasten

De afgelopen jaren is er veel aandacht geweest voor de problematiek rond de kapitaallasten van ziekenhuizen. De huidige balanswaarde van het vastgoed is gebaseerd op een afschrijvingstermijn van 50 jaar terwijl de reële economische afschrijvingsduur vermoedelijk eerder rond de 30 à 40 jaar ligt.¹⁰⁶ Het gevolg hiervan is dat de bedragen waarvoor het vastgoed op de balans is opgenomen feitelijk te hoog zijn. Bij overheveling van zorgproducten van het A- naar het B-segment zal het budget naar rato geschoond dienen te worden voor de kapitaallasten. Hiermee ontstaat echter ook de noodzaak om een herwaardering uit te voeren op de waarde van het vastgoed (impairment). Deze additionele afschrijvingen hebben directe gevolgen voor de omvang van het eigen vermogen en hebben bovendien een negatief effect op het resultaat van de onderneming. In de onderstaande tabel is dit effect nader uitgewerkt. In verband met het noodzakelijke detailniveau van de gegevens is gebruik gemaakt van de gegevens uit de jaarrekeningen van de onderzochte 20 ziekenhuizen.

¹⁰⁶ [Achtergrondstudie RVZ, *Strategisch vastgoedbeheer in de zorgsector*, Zoetermeer 2006]

			Effect op balans			Effect op resultaat			
Aanvullende afschrijving (%)	Boekwaarde bedrijfsgebouwen en terreinen	Aanvullend af te schrijven bedrag	Totale vermogen	Eigen vermogen	Solvabiliteit	Aanvullende afschrijving in 1 jaar	Aanvullende afschrijving in 3 jaar	Aanvullende afschrijving in 5 jaar	Aanvullende afschrijving in 10 jaar
0%	67.691.485	0	210.312.522	25.179.674	12,0%	3.261.006	3.261.006	3.261.006	3.261.006
10%	60.922.337	6.769.149	203.543.374	18.410.526	9,0%	-3.508.143	1.004.623	1.907.176	2.584.091
20%	54.153.188	13.538.297	196.774.225	11.641.377	5,9%	-10.277.291	-1.251.760	553.346	1.907.176
30%	47.384.040	20.307.446	190.005.077	4.872.229	2,6%	-17.046.440	-3.508.143	-800.483	1.230.261
40%	40.614.891	27.076.594	183.235.928	-1.896.920	-1,0%	-23.815.588	-5.764.526	-2.154.313	553.346

Tabel 18 - Effect versnelde afschrijving

Zoals duidelijk uit de tabel naar voren komt kan een versnelde afschrijving van alleen al de bedrijfsgebouwen en terreinen al verstrekkende gevolgen hebben voor de solvabiliteit en het resultaat van de ziekenhuisonderneming. De (medische) inventaris en de onderhanden bouwprojecten zijn hierin niet meegenomen.

Afschaffing ex-post verevening zorgverzekeraars

Het huidige beleid is erop gericht de ex-post verevening tussen zorgverzekeraars geleidelijk af te bouwen.¹⁰⁷ Zorgverzekeraars gaan hiermee meer risico lopen voor hun schadelast. Dit toegenomen risico zullen zij op moeten vangen. De zorgverzekeraars kunnen dit doen door de premie op te hogen, maar ook door scherper op prijs in te kopen en hiermee meer inhoud te geven aan selectieve zorginkoop. Voor ziekenhuizen betekent dit dat er meer druk komt te staan op de prijzen van behandelingen in het B-segment en dat bovendien voor een aantal behandelingen mogelijk in het geheel geen overeenkomst meer afgesloten kan worden met (enkele) zorgverzekeraars. Het effect hiervan is wederom lastig te kwantificeren, maar ook hier is een afname van het rendement te verwachten.

Renterisico

Tenslotte is het nog van belang om te wijzen op de algemene renteontwikkelingen. De afgelopen jaren is de rentestand zeer laag geweest. Het is echter niet uit te sluiten dat de komende jaren door zowel kredietcrisis als Eurocrisis de rente zal stijgen. De eerste stap is recent door de Europese Centrale Bank al gezet door per 13 april de rente met 25 basispunten te verhogen.¹⁰⁸ Nu al wordt gespeculeerd dat er nog dit jaar nieuwe renteverhogingen aan zullen komen.¹⁰⁹ Dit behelst voor de ziekenhuizen een zeer aanzienlijk risico.

De rentestand is van invloed op diverse posten van de balans. Daar het detailniveau voor deze analyse niet binnen de gegevens van DigiMV beschikbaar is worden hieronder de gemiddelde bedragen voor de belangrijkste posten uit de analyse van de subgroep van de 20 onderzochte ziekenhuizen weergegeven.

¹⁰⁷ [Brief van VWS aan de Tweede Kamer de dato 14 maart 2011, betreft: zorg die loont, kenmerk CZ-IPZ3056686]

¹⁰⁸ [Website Europese Centrale Bank: <http://www.ecb.int/press/pr/date/2011/html/pr110407.nl.html>]

¹⁰⁹ [Onder andere website MoneyTalk.be: <http://moneytalk.rnews.be/nl/economie/geld-en-beurs/beursnieuws/elga-bartsch-morgan-stanley-ecb-gaat-in-juli-of-juli-rente-opnieuw-verhogen/article-1194989965040.htm>]

Balanspost	Bedrag Rente	Renteverandering (basispunten)			
		+50	+100	+150	+200
<u>Vorderingen uit hoofde van financieringstekort</u>	754.699 Variabel	3.773	7.547	11.320	15.094
<u>Liquide middelen</u>	8.179.183 Nihil				
<u>Langlopende leningen</u>	74.885.311 Vast				
<u>Schulden uit hoofde van financieringstekort</u>	30.332.921 Variabel	-151.665	-303.329	-454.994	-606.658
<u>Kortlopende schulden – schulden aan kredietinstellingen</u>	22.384.404 Variabel	-111.922	-223.844	-335.766	-447.688
<u>Kortlopende schulden – aflossingsverplichting langlopende leningen</u>	8.999.621 Vast				
<u>Kortlopende schulden – belastingen en sociale premies</u>	5.652.704 Variabel	-28.264	-56.527	-84.791	-113.054
Totaal		-288.077	-576.153	-864.230	-1.152.307
Omzet 2009	194.489.841				
Resultaat 2009 (voor belastingen)	3.277.458				
<u>Resultaattratio 2009 (voor belastingen)</u>	<u>1,7%</u>	<u>1,5%</u>	<u>1,4%</u>	<u>1,2%</u>	<u>1,1%</u>

Tabel 19 - Effect rentestijging

De rente voor de financieringstekorten en -overschotten zijn, net als de rente voor langlopende leningen en rekening courant kredieten reeds ter sprake gekomen. Als aanvulling hierop moet nog gemeld worden dat in bovenstaande tabel uitgegaan is van de afwezigheid van een rentevergoeding op het batig saldo van de betaalrekening en van een rentevergoeding op nog te betalen belasting en premies bestaande uit de heffingsrente.¹¹⁰

Uit bovenstaande tabel blijkt dat de rentestand een aanzienlijk effect kan hebben op het resultaat van de gemiddelde ziekenhuisorganisatie. Het risico van rentestijging bij het aantrekken van nieuwe (vreemd vermogen) financieringen kan, zeker indien boven op de mogelijke rentestijging ook nog extra risico opslagen gerekend worden, dit effect nog verder vergroten.

Resultaat risico-inventarisatie

Elk hierboven beschreven risico op zich vormt voor enkele ziekenhuizen al een aanzienlijke dreiging voor het voortbestaan. Gecombineerd vormen zij een risico voor de gehele sector!

Beschouwen wij de hierboven beschreven risico's dan moge duidelijk zijn dat het voor een groot deel van de ziekenhuizen moeilijk zal worden om vanuit de eigen exploitatie te kunnen voldoen aan de vermogensbehoefte. Ook is duidelijk dat het aantrekken van vreemd vermogen moeilijker zal worden, waardoor ook middels vreemd vermogen niet aan de volledige behoefte voldaan kan worden.

Het gevolg van de bovenstaande bevindingen is dat er extern eigen vermogen aangetrokken zal moeten worden ter versterking van de eigen vermogenspositie. Dit vermogen kan komen van de overheid of van private investeerders. De keuze hiertussen zal gemaakt moeten worden in een politieke discussie. Zeker daar het bij een groot deel van de risico's om systeemrisico's gaat, zal het

¹¹⁰ [De hoogte van de heffingsrente wordt door de belastingdienst vastgesteld en volgt het verloop van de rente op de kapitaalmarkten. Zie ook de website van de Belastingdienst:
http://download.belastingdienst.nl/belastingdienst/docs/overzicht_rentepercentages_ov0191z11pl.pdf]

voor de overheid moeilijk worden om de rekening voor deze risico's geheel bij de individuele ziekenhuizen te leggen.

Conclusie

Zoals uit het bovenstaande blijkt zijn de Nederlandse ziekenhuizen momenteel overwegend gefinancierd met vreemd vermogen (gemiddeld 88,2% van het balanstotaal in 2009). Van dit vreemde vermogen is bovendien een groot deel kortlopend (gemiddeld 50% van het balanstotaal in 2009). De kosten van het vreemde vermogen zijn de afgelopen jaren zeer laag geweest (gemiddeld tussen 2,4% en 2,6%) hetgeen financiering met vreemd vermogen zeer aantrekkelijk maakt.

Om op het streefniveau van 15% solvabiliteit te komen zal er ten opzichte van 2009 bijna 500 miljoen Euro moeten worden toegevoegd aan het eigen vermogen van de (81 in de analyse meegenomen) Nederlandse ziekenhuizen. Om in de toekomst een solvabiliteit van 25% te bereiken zal er zelfs bijna twee miljard Euro nodig zijn.

Aan de huidige wijze van financiering en de door de overheid voorgenomen stelselwijziging kleven echter aanzienlijke risico's die het aantrekken van vermogen bemoeilijken. Het betreft hier de budgetkortingen, de overgang naar de DOT, de uitbreiding van het B-segment, de kapitaallastenproblematiek, de afschaffing van de ex-post verevening bij zorgverzekeraars en de renterisico's. De omvang van deze risico's is zodanig dat zij voor de meeste ziekenhuizen een reële bedreiging vormen voor het voortbestaan.

Fase III – Praktijkdeel II

Interviews met belanghebbenden

Welk belang wordt er door de diverse partijen gehecht aan het gebruik van businessmodellen?

Waar liggen de knelpunten in de huidige en toekomstige financiering van ziekenhuizen, waar liggen de kansen voor private investeringen in de Nederlandse ziekenhuizen en wat zijn de voorwaarden voor een dergelijke investeringspropositie?

Hoofdstuk 7 – Interviews

Welk belang wordt er door de diverse partijen gehecht aan het gebruik van businessmodellen?

Waar liggen de knelpunten in de huidige en toekomstige financiering van ziekenhuizen, waar liggen de kansen voor private investeringen in de Nederlandse ziekenhuizen en wat zijn de voorwaarden voor een dergelijke investeringspropositie?

Interviewvragen

Inleiding

Om een antwoord te krijgen op bovenstaande vragen zijn interviews afgenomen met ziekenhuisbestuurders, banken, private equity partijen en overige instanties, te weten het ministerie van VWS en het Waarborgfonds voor de Zorgsector. Voor een specificatie van de geïnterviewde personen wordt verwezen naar bijlage III.

Vragen over businessmodellen

De eerste twee vragen van de vragenlijst hebben betrekking op het gebruik van businessmodellen in de Nederlandse ziekenhuizen en op het belang dat hieraan door diverse belanghebbenden gesteld wordt.

1. Welk businessmodel of welke elementen van een businessmodel gebruiken ziekenhuizen momenteel? Op welke wijze en voor welke doeleinden?
2. Hoe kijken vermogensverschaffers naar de organisatie, in het bijzonder: welke elementen van het businessmodel en welke concrete invulling daarvan zijn een voorwaarde om te investeren?

Vragen over financiering

De vragen drie tot en met vijf hebben vervolgens betrekking op de financiering van ziekenhuizen.

3. Wat zijn de kansen en bedreigingen op het gebied van het geleidelijk afschaffen van de budgettering en de uitbreiding van vrije prijsvorming?
4. Wat zijn de eisen met betrekking tot solvabiliteit, rentabiliteit en liquiditeit die door eigen- en vreemd vermogensverschaffers aan een ziekenhuisorganisatie worden gesteld in een vrije marktomgeving en hoe kan de ziekenhuisorganisatie hieraan voldoen?
5. Kan privaat gefinancierd eigen vermogen een rol spelen bij de financiering van ziekenhuis? Zo ja, op welke wijze en onder welke voorwaarden?

Uitwerking vraag 1

Vraag

Welk businessmodel of elementen van een businessmodel gebruiken ziekenhuizen momenteel? Op welke wijze en voor welke doeleinden?

Uitwerking

Hoewel het ziekenhuis steeds meer als een onderneming wordt beschouwd, wordt er in de praktijk in het algemeen niet gewerkt met een integraal businessmodel. Het merendeel van de geïnterviewden richt zich bij het besturen van het ziekenhuis op slechts een beperkt aantal elementen ervan, met name op de elementen strategie en organisatiestructuur en processen. Door met name een competitive positioning benadering (marktanalyse, concurrentieanalyse) wordt er steeds vaker naar onderscheidend vermogen gekeken ten opzichte van andere aanbieders in de regio, niet alleen medisch inhoudelijk, maar ook bijvoorbeeld op het gebied van service. Er wordt daarnaast sinds een aantal jaren steeds meer gebruik gemaakt van businesscases om een betere indruk te krijgen van de kosten en de baten van bepaalde zorg die aangeboden wordt en om op basis hiervan keuzes te maken in de portfolio. Verder is er veel aandacht voor het realiseren van kostenbesparingen door efficiëntieverbetering van processen zoals het optimaliseren van het OK complex. Ook zijn kostenvoordelen te behalen door middel van gezamenlijke inkoop en voorraadbeheer. Slechts een enkeling heeft naast een heldere strategie en een sterk kostenbewustzijn ook een duidelijke visie op de organisatiestructuur. Op het gebied van governance dient de zeggenschap en de controle zo veel mogelijk centraal bij de raad van bestuur te liggen. Wenselijk is dat de medisch specialisten op een bepaalde manier aan de organisatie gebonden worden. Er dient voorkomen te worden dat zij het ziekenhuis verlaten, daar dit grote gevolgen voor de financierbaarheid van het ziekenhuis heeft. Dit kan bereikt worden door hen te laten mee investeren in het ziekenhuis en hen ondernemersrisico te laten lopen.

Opvallend is dat bij het bepalen van de strategie, in het bijzonder bij de keuze van de portfolio, maar ook bij het optimaliseren van bedrijfsprocessen de vaak tegenstrijdige belangen tussen de Raad van Bestuur en de maatschappen van medisch specialisten een grote rol spelen. Vaak stuit men hierbij op weerstand van de medische staf waardoor deze elementen niet optimaal in de organisatie geïmplementeerd kunnen worden.

Conclusie

Hoewel het ziekenhuis steeds meer als een onderneming wordt beschouwd, wordt er in de praktijk in het algemeen niet gewerkt met een integraal businessmodel. Het merendeel van de geïnterviewden richt zich bij het besturen van het ziekenhuis op slechts een beperkt aantal elementen ervan, met name strategie en organisatiestructuur en processen. Opvallend is dat bij het element strategie voornamelijk een competitive positioning benadering gekozen wordt om onderscheidend vermogen te creëren en veel minder aandacht uitgaat naar de resource based approach. Verder is men actief bezig met het element organisatiestructuur en organisatieprocessen vanuit het oogpunt van het realiseren van kostenbesparingen door efficiëntieverbetering van processen. Een belangrijke reden dat deze elementen vaak niet goed geïmplementeerd kunnen worden zijn de tegenstrijdige belangen tussen de Raad van Bestuur en de maatschappen van medisch specialisten. De elementen cultuur, mensen en middelen blijven relatief onderbelicht.

Uitwerking vraag 2

Vraag

Hoe kijken vermogensverschaffers naar de organisatie, in het bijzonder welke elementen van het businessmodel en welke concrete invulling daarvan zijn een voorwaarde om te investeren?

Uitwerking

De private equity partijen kijken bij investeringsproposities naar meerdere elementen van het businessmodel: strategie, organisatiestructuur, mensen (met name managementteam en medische staf) en middelen. Uitgangspunt is dat geïnvesteerd vermogen een bepaald rendement dient op te leveren. Er wordt een macro- en bedrijfstakanalyse gemaakt zodat een goed overzicht van de mogelijkheden en risico's van een bedrijfstak kan worden verkregen. Veel aandacht gaat uit naar het beoordelen van de juistheid en haalbaarheid van de (groei)strategie van een organisatie en welk rendement hiermee gerealiseerd kan worden. Een belangrijke voorwaarde om te investeren in een (platform) organisatie is dat de organisatiestructuur (fiscaaljuridisch) zo vormgegeven is dat er controle (op het bestuur) kan worden uitgeoefend. Met name de huidige machtsverhouding binnen een ziekenhuis kan verstoring werken, waarbij het bestuur vaak wordt belemmerd in het maken van (strategische) keuzes door de verschillende (vaak) tegenstrijdige belangen tussen hen en de vrijgevestigde medisch specialisten. Verder wordt specifiek gekeken naar de kennis en vaardigheden van met name het managementteam, dat toereikend moet zijn om de (groei)strategie te realiseren. Specifiek voor ziekenhuizen wordt de instemming met de (groei)strategie door de medische staf en de kwaliteit van de medische staf genoemd. Wenselijk is dat de medisch specialisten mee investeren in het ziekenhuis en zo meer gebonden worden aan de organisatie en meer ondernemersrisico gaan lopen. Het gebouw kan beter in overleg met de banken in een aparte entiteit worden ondergebracht, waarbij afspraken gemaakt worden over een lease-back constructie.

De twee geïnterviewde banken kijken naar een aantal elementen van het businessmodel bij het financieren van ziekenhuizen: strategie, mensen (kwaliteit bestuurders en toezichthouders) en middelen. Met name de kwaliteit van het managementteam van zowel de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht op het gebied van financiële kennis en hun ervaring spelen een rol. Verder is een goed strategisch plan waarbij keuzes zijn gemaakt welke zorg wordt aangeboden alsmede de aanwezigheid van een gedegen risicoanalyse van belang. Een bank benadrukte het belang dat het beleid van de Raad van Bestuur ook wordt gedragen door de medische staf. Er wordt bij financieringsvraagstukken niet alleen gesproken met de Raad van Bestuur, maar ook met de Raad van Toezicht en het bestuur van de medische staf. Wenselijk voor beide banken is dat de medisch specialisten mee investeren in het ziekenhuis en zo meer gebonden worden aan de organisatie. Het gebouw kan beter afgestoten worden aan bijvoorbeeld een vastgoedfonds waarbij afspraken gemaakt worden over een lease-back constructie. Beide banken geven het grote belang van een stabiel en helder overheidsbeleid aan.

De huidige onzekerheid omtrent de wet- en regelgeving is voor zowel private equity partijen als banken een van de voornaamste redenen om terughoudend te zijn met het investeren in of financieren van zorgorganisaties.

Conclusie

vermogensverschaffers kijken naar meerdere elementen van het businessmodel, met name naar strategie, organisatiestructuur, mensen en middelen. In tegenstelling tot bestuurders van ziekenhuizen besteden zij dus meer aandacht aan de elementen mensen en middelen. Opvallend is dat beide typen vermogensverschaffers ook op een meer integrale manier naar de (synergie van de) verscheidene elementen kijken. Zowel de private equity partijen alsmede de banken beoordelen de haalbaarheid van de (groei)strategie van een organisatie bijvoorbeeld mede in het licht van de kwaliteit van het management. De huidige onzekerheid omtrent de wet- en regelgeving is voor zowel

private equity partijen als banken een van de voornaamste reden om terughoudend te zijn met het investeren in of financieren van zorgorganisaties. Het element cultuur blijft relatief onderbelicht.

Uitwerking vraag 3

Vraag

Wat zijn voor ziekenhuizen de kansen en bedreigingen op financieel gebied van het geleidelijk afschaffen van de budgettering en de uitbreiding van de vrije prijsvorming?

Uitwerking

In de interviews wordt door de diverse geïnterviewden aangegeven dat er kansen kunnen ontstaan voor ziekenhuizen doordat er in onze maatschappij een vergrijzing optreedt. Hierdoor zal de vraag naar zorg de komende jaren alleen maar stijgen. Indien de markt meer vrijgegeven wordt biedt dit zorginstelling kansen om te groeien. Wel zullen diverse vergoedingen uit het basispakket van de zorgverzekering verdwijnen. Het gaat hierbij met name om “pain-avoiding-pleasure-seeking-disease”. Mogelijk zal op deze gebieden de vraag minder groeien. Uiteraard zal een deel van de vergoedingen vervolgens opgenomen worden in de aanvullende verzekeringen.

Een terugkeer naar budgettering zou een groot risico vormen in verband met de kans op sterk toenemende macrokosten. Dit is gebleken uit de ontwikkelingen van de afgelopen jaren. Alleen een systeem van outputfinanciering zou dit tegen kunnen gaan.

Daar de financiële risico's in de zorg toenemen zal er meer behoefte ontstaan aan risicodragend eigen vermogen. Dit biedt een kans voor verschaffers van eigen vermogen, zoals private equity partijen. De introductie van een andere governancestructuur door toetreding van private equity partijen kan bovendien inefficiëntie in het systeem beter bestrijden, hetgeen een extra rendement op zou kunnen leveren. Dit zou wel eens de belangrijkste meerwaarde van private equity kunnen zijn.

Voor banken zijn businesscases door toename van risico zeer belangrijk geworden. Hierbij komen ook de huisvestingsplannen in een nieuw licht te staan: er zal efficiënter gebruik gemaakt moeten worden van de beschikbare ruimte waardoor het totale metrage beperkt kan blijven.

De verzekeraars zullen door Solvency II in de toekomst mogelijk ook minder kunnen bevoorschotten.¹¹¹ Dit heeft binnen de huidige financieringsstructuur directe gevolgen voor de liquiditeit van de ziekenhuizen. Wellicht zouden zorgverzekeraars in de toekomst wel een nieuwe rol kunnen gaan spelen indien ook combinaties tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders toegestaan zouden worden. Dit zou een extra impuls kunnen geven om de kosten in de hand te houden (cave onderdiagnostiek).

¹¹¹ [Zie onder andere de website van PWC: <http://www.pwc.com/nl/nl/verzekeraars/solvency-ii.jhtml>]

Tenslotte wordt aangegeven dat er nog geen sprake is van een echte markt. Deze zal er voorlopig ook niet komen omdat de vraag groter zal blijven dan het aanbod. Alleen voor echt electieve behandelingen zal er meer en meer een echte markt ontstaan.

Conclusie

De geleidelijke transitie naar een (gereguleerde) markt voor de ziekenhuiszorg biedt zorgaanbieders kansen om in de toekomst grotere marktaandelen naar zich toe te trekken, maar de financiële risico's zullen toenemen. Dit zal van de zorgaanbieders nieuwe methoden vergen op bestuurlijk en financieel gebied.

Uitwerking vraag 4

Vraag

Wat zijn de eisen m.b.t. solvabiliteit, rentabiliteit en liquiditeit die door eigen- en vreemd vermogen verschaffers aan een ziekenhuisorganisatie worden gesteld in een vrije marktomgeving en hoe kan de ziekenhuisorganisatie hieraan voldoen?

Uitwerking

Met betrekking tot de schuldenpositie van ziekenhuizen streven de private equity partijen naar maximaal 3 à 4 keer EBITDA¹¹² schulden op de operatie. Voor vastgoed gelden andere regels. Bij vastgoedfinanciering kan men uitgaan van maximaal 7 à 9 keer de EBITDA voor 'huurkosten' (of kapitaalslasten op het vastgoed). Mogelijk is het echter beter om het vastgoed in een losse entiteit onder te brengen of zelfs volledig af te stoten (sell and lease back).

De banken Spreken over een Debt Service Coverage Ratio (DSCR)¹¹³ van ten minste 1,2 à 1,3 en een solvabiliteit van 12-15%. Bovendien zouden de kapitaallasten niet meer dan 12% moeten bedragen. Naast de vaste kengetallen is het voor banken belangrijk dat instellingen bij de aanvraag van nieuwe financieringen ook diverse scenario's doorgerekend hebben. Ook de binding van de medisch specialisten aan het ziekenhuis is belangrijk voor toekomstige financiering. Bij deels privaat gefinancierde ziekenhuizen zullen banken bovendien hogere eisen stellen aan de solvabiliteit. Uiteindelijk zullen de eisen met betrekking tot de solvabiliteit 20-25% moeten zijn waar nu 12-15% nog acceptabel is.

¹¹² [EBITDA: Earnings Before Interest, Taxes, Depreciations and Amortisations. De EBITDA is het bedrijfsresultaat exclusief de afschrijvingen.]

¹¹³ [De Debt Service Coverage Ratio (DSCR) geeft aan of er voldoende cashflow in een onderneming aanwezig is om te kunnen voldoen aan de aflossings- en rentebetelingsverplichtingen. Zie ook onder andere Wikipedia: http://en.wikipedia.org/wiki/Debt_service_coverage_ratio. De DSCR wordt middels de volgende formule berekend: $DSCR = \frac{\text{Annual Net Income} + \text{Amortization/Depreciation} + \text{Interest Expense} + \text{other non-cash and discretionary items (such as non-contractual management bonuses)}}{(\text{Principal Repayment} + \text{Interest payments} + \text{Lease payments})}$]

De EBIT¹¹⁴ zal tenminste 4% moeten zijn, maar een acceptabel 'normaal' niveau ligt rond de 6 à 7%.

Conclusie

De eisen met betrekking tot financiële parameters zoals solvabiliteit zijn op dit moment nog beperkt, maar zullen in de komende jaren steeds strenger worden. Uiteindelijk zullen eisen gesteld worden zoals die nu ook al gelden in andere (vrije) markten. Er is nog veel onduidelijkheid over de wijze waarop ziekenhuizen in de (nabije) toekomst aan deze eisen kunnen voldoen.

Uitwerking vraag 5

Vraag

Kan privaat gefinancierd eigen vermogen een rol spelen bij de financiering van ziekenhuizen? Zo ja, op welke wijze en onder welke voorwaarden?

Uitwerking

Er is veel vermogen nodig in de zorgsector. Er wordt gesproken van 2 miljard voor de ziekenhuizen en zelfs 19 miljard voor de zorgsector als geheel. Dit hoeft overigens niet te betekenen dat er in Nederland in het verleden te weinig in de zorg geïnvesteerd is; het kan ook zo zijn dat er verkeerd geïnvesteerd is.

Zoals ook al bij de uitwerking van vraag 3 vermeld, zien private equity partijen wel degelijk mogelijkheden voor de introductie van privaat gefinancierd eigen vermogen in de gezondheidszorg. Door de relatief lage risico's in deze sector kan het heel interessant zijn omdat een groter aandeel dan in andere branches met vreemd vermogen gefinancierd kan worden, hetgeen een grote leverage met zich meebrengt.¹¹⁵ Zij geven echter ook aan dat het van het grootste belang is dat er vanuit de wetgever een duidelijk lange termijn beleid vastgesteld moet worden. Er zouden bovendien waarborgen geïntroduceerd moeten worden die overbehandeling en risicoselectie beperken. Ook zouden private equity partijen een lange investeringshorizon moeten hebben (>10 à 15 jaar).

Banken hebben een dubbele relatie met privaat gefinancierd eigen vermogen. Aan de ene kant geeft het de banken meer zekerheid, aan de andere kant concurreert privaat vermogen ook met vreemd vermogen op de kapitaalmarkt. Het gaat dus om een juiste balans. Ook de niet-bancaire vormen van vreemd vermogen, zoals obligatieleningen of de Debt Capital Market, kunnen interessant zijn voor zowel de instellingen als de banken. Er is echter bij deze opties sprake van een noodzakelijke 'kritische' omvang van circa 500 miljoen Euro om deze opties goed te laten werken. Dit betekent dat alleen UMC's hiervoor in aanmerking zouden komen of dat de kredietbehoeften van meerdere ziekenhuizen gebundeld zouden moeten worden. Het belang van een externe rating wordt hierbij echter nogmaals benadrukt (zie ook hoofdstuk 4). Voor wat betreft de voorwaarden wijzen ook de

¹¹⁴ [EBIT: Earnings Before Interest and Taxes. De EBIT is het bedrijfsresultaat.]

¹¹⁵ [Leverage: indien de rentabiliteit op het totale vermogen groter is dan de rentabiliteit op het vreemde vermogen komt het surplus ten goede aan de verschaffers van het eigen vermogen. Hoe meer vreemd vermogen er in een onderneming aanwezig is, hoe groter dit 'hefboom'-effect.]

banken naar Den Haag: daar moeten de juiste voorwaarden geschapen worden alvorens enige vorm van financiering mogelijk is. Belangrijk hierbij is met name een consistent beleid door de jaren heen.

Volgens de geïnterviewden liggen de kansen voor private equity partijen met name bij de 'slecht' presterende ziekenhuizen. Ook bij nieuwbouw zouden kansen bestaan voor vastgoedfondsen. Tenslotte zouden private equity partijen ook een joint venture kunnen aangaan met (onderdelen van) ziekenhuizen. De private equity partij zou dan het bestuur voeren, het ziekenhuis ontvangt dan een deel van de dividenden. Overigens wordt bij elke vorm van deelneming door een private equity partij de waardebeoordeling van het ziekenhuis een grote uitdaging. Er zal immers voor het aandeel een reële prijs betaald moeten worden.

Conclusie

Door de grote vermogensbehoefte in de ziekenhuiszorg zullen er kansen komen voor private equity partijen om te investeren in met name de slechter presterende ziekenhuizen of ziekenhuisvastgoed. Er zijn hierbij verschillende vormen denkbaar. Alvorens er echter op grote schaal dergelijke investeringen zullen plaatsvinden zullen door de wetgever de juiste voorwaarden gecreëerd moeten worden. De belangrijkste voorwaarde is hierbij de wettelijke verankering van de mogelijkheid van winstuitkering in de zorg.

Hoofdstuk 8 – Discussie

Businessmodellen

Uit het literatuuronderzoek naar businessmodellen blijkt dat door het gebruik van businessmodellen een duurzaam concurrentievoordeel en een gezond exploitatieoverschot kan worden gerealiseerd. Cruciaal voor het eindresultaat is een juiste invulling en afstemming van de diverse elementen van het businessmodel zodat een optimale synergie kan worden bereikt.

Als we kijken naar de concrete invulling van de elementen sluiten de bevindingen uit de literatuurstudie naar het gebruik van businessmodellen in ziekenhuizen goed aan bij de (praktijk)bevindingen uit de jaarverslagen en de interviews. Hoewel de Nederlandse ziekenhuizen steeds meer als onderneming worden gezien, werken deze in de praktijk niet met een integraal businessmodel, maar wordt slechts aan een beperkt aantal elementen hiervan aandacht besteed.

Uit de jaarverslagen blijkt dat op het gebied van strategie door de meeste ziekenhuizen geen duidelijke keuzes worden gemaakt in doelgroepen en portfolio. De meeste ziekenhuizen bieden feitelijk een breed palet van medisch specialistische zorg aan. Er is dus in het algemeen weinig focus in de waardepropositie van ziekenhuizen aanwezig. Slechts een enkeling neemt in de strategie concrete doelstellingen op op het gebied van bijvoorbeeld te behalen marktaandeel of rendement. Uit de interviews bleek, als aanvulling hierop, dat het belang van dit element wel steeds meer onderkend wordt. Door met name een competitive positioning benadering (marktanalyse, concurrentieanalyse) wordt er steeds vaker aandacht besteed aan het begrip onderscheidend vermogen ten opzichte van andere aanbieders in de regio, niet alleen zorginhoudelijk, maar ook bijvoorbeeld op het gebied van service. Daarnaast wordt er steeds meer gebruik gemaakt van businesscases om een betere indruk te krijgen van de kosten en de baten van bepaalde zorg die aangeboden wordt om op basis hiervan keuzes te maken in de portfolio.

Bij het element organisatiestructuur en bedrijfsprocessen is in de praktijk een trend waarneembaar van een kanteling naar het model van Resultaat Verantwoordelijke Eenheden (RVE's). Hierdoor ontstaat een meer decentrale structuur waarbij beslissingsbevoegdheden en verantwoordelijkheden dichter bij het werkproces komen te liggen. Het merendeel van de organisaties werkt actief aan procesoptimalisatie, echter slechts in een enkel ziekenhuis wordt dit organisatiebreed toegepast. Daarnaast bleek uit de interviews dat er steeds vaker kostenvoordelen behaald worden door middel van bijvoorbeeld een gezamenlijke inkoop.

Opvallend is dat uit de analyse van de jaarverslagen en de interviews blijkt dat vrijwel alle ziekenhuizen veel aandacht besteden aan opleiding en ontwikkeling van hun medewerkers, maar dat desondanks het verloop in een enkele ziekenhuizen fors is en er grote verschillen in arbeidsproductiviteit bestaan.

Opmerkelijk is dat uit de interviews blijkt dat vermogensverschaffers naar meer elementen van het businessmodel kijken dan de ziekenhuizen, met name naar strategie, organisatiestructuur, mensen en middelen. Daarnaast kijken zij ook op een meer integrale manier naar de (synergie van de) verscheidene elementen. Zowel de private equity partijen als de banken beoordelen de haalbaarheid van de (groei)strategie van een organisatie bijvoorbeeld mede in het licht van de kwaliteit (kennis, kunde en ervaring) van het management. Beiden besteden veel meer aandacht dan de ziekenhuizen aan een analyse van de marco-omgeving en bedrijfstak zodat een goed overzicht van de mogelijkheden en risico's kan worden verkregen. Veel meer aandacht gaat bovendien uit naar het

beoordelen van de juistheid en haalbaarheid van de (groei)strategie van een organisatie en naar het resultaat dat hiermee gerealiseerd kan worden. Een opvallend verschil is dat private equity partijen meer naar de organisatiestructuur kijken dan de banken. Voor hen is het belangrijk dat de organisatiestructuur (fiscaal-juridisch) zo vormgegeven is dat er controle kan worden uitgeoefend. Wenselijk is daarnaast dat de medisch specialisten mee investeren in het ziekenhuis en zo meer gebonden worden aan de organisatie en meer ondernemersrisico gaan lopen.

Beide partijen hebben een duidelijke visie op het element middelen, met name op het gebied van het onroerend goed pleiten zij ervoor dat in tegenstelling tot de huidige situatie het gebouw wordt ondergebracht in een aparte entiteit of vastgoedfonds met een lease-back constructie.

Zoals hierboven beschreven blijkt uit de literatuur dat een juiste invulling en afstemming van de diverse elementen van het businessmodel kan leiden tot een duurzaam concurrentievoordeel. Uit de praktijk blijkt echter dat businessmodellen nog niet integraal worden toegepast in ziekenhuizen en deze dus niet optimaal profiteren van de meerwaarde die een businessmodel voor een organisatie kan opleveren. Doordat slechts een paar elementen (gedeeltelijk) belicht worden gaat er veel potentiële waarde verloren en wordt er geen duurzaam concurrentievoordeel en een gezond exploitatieoverschot gerealiseerd. Een belangrijke factor hierbij vormen de vaak tegenstrijdige belangen van de Raad van Bestuur en de maatschappen van medisch specialisten. Vaak stuit de raad van bestuur op weerstand van de medische staf waardoor deze elementen niet goed in de organisatie geïmplementeerd kunnen worden.

Hierin liggen belangrijke kansen voor private partijen. Door toepassing van een goed doordacht (integraal) businessmodel kan veel meer waarde worden gecreëerd in ziekenhuizen wat uiteindelijk tot een substantieel hoger rendement kan leiden. Door de medisch specialisten mee te laten investeren worden zij zowel meer gebonden aan alsmede meer betrokken bij (het beleid van) de organisatie en lopen zij ook meer ondernemersrisico.

In de (nabije) toekomst zullen, met name door de verdere invoering van marktwerking, ziekenhuizen zelf verantwoordelijk worden voor hun exploitatie en tegelijkertijd zal het risicoprofiel van deze organisaties toenemen. Het creëren van een duurzaam concurrentievoordeel en een gezond exploitatieoverschot zal cruciaal blijken om ook in de toekomst vermogen te kunnen blijven aantrekken. Het gebruik van een (integraal) businessmodel is voor ziekenhuizen een belangrijk instrument om dit te kunnen realiseren.

Financiering

In de voorgaande hoofdstukken hebben we geconstateerd dat de vraag naar ziekenhuiszorg de komende decennia verder zal toenemen. Er is dus sprake van een groeiende markt waardoor het kunnen beschikken over voldoende nieuw vermogen voor ziekenhuizen essentieel zal zijn. Bovendien zullen ziekenhuizen vroeg of laat voor herfinancieringvraagstukken komen te staan wanneer de huidige langlopende kredieten aflopen.

Ziekenhuizen zullen op twee manieren aan deze vermogensbehoefte kunnen voldoen. Enerzijds kan een gerealiseerd exploitatieoverschot toegevoegd worden aan het eigen vermogen. In de huidige situatie waarin uitkering van dividenden niet mogelijk is, wordt altijd de volledige winst binnen de organisatie gereserveerd. Anderzijds kan vermogen van buiten de onderneming aangetrokken worden. Dit externe vermogen kan zowel eigen als vreemd vermogen zijn.

Zoals in het kader van de businessmodellen reeds betoogd is, kan de integrale toepassing hiervan in het algemeen leiden tot een gezond exploitatieoverschot. Door de toename van de vraag naar

ziekenhuiszorg en de stijging van de kosten die hiervan het gevolg is staat juist dit exploitatieresultaat echter onder sterke druk. De budgetten die voor deze zorg beschikbaar zijn zullen immers in de toekomst geen gelijke tred kunnen houden met de kostenstijging. Door de huidige krediet- en Eurocrisis wordt dit nog eens extra benadrukt.

Om bovengenoemde reden zal het de komende jaren voor ziekenhuizen moeilijk zijn om voldoende exploitatieoverschot te genereren om een gezonde financiële situatie te bereiken die past binnen een gezondheidszorgsysteem van (gereguleerde) marktwerking. Een voorlopig streefniveau van een solvabiliteit van 15% vormt voor veel ziekenhuizen op dit moment al een behoorlijke uitdaging, het uiteindelijke doel van tenminste 25% zal voor de meeste ziekenhuizen nagenoeg onmogelijk lijken.

De afgelopen jaren zijn ziekenhuizen in hun exploitatie geconfronteerd met forse budgetkorting in verband met overschrijdingen in de voorafgaande jaren. Het is niet uit te sluiten dat ook in de toekomst vergelijkbare kortingen aan de ziekenhuizen zullen worden opgelegd. De beperkte en met veel moeite behaalde positieve exploitatieresultaten van de afgelopen jaren dreigen daarmee teniet gedaan te worden.

Naast de genoemde budgetkorting zijn er echter nog diverse andere risico's aan de huidige financieringsstructuur en de geplande stelselwijziging verbonden. Het betreft risico's op het gebied van de waardering van het vastgoed, de overgang naar de DOT-structuur, de vergroting van het B-segment, de afbouw van de ex-post verevening voor zorgverzekeraars en de rentestand. Daarnaast bestaat er in een systeem van (gereguleerde) marktwerking natuurlijk ook nog eens het risico dat het beoogde volume aan geleverde diensten niet gerealiseerd wordt doordat patiënten uitwijken naar de 'concurrent'.

Elk van deze risico's op zich vormt voor vele ziekenhuizen al een substantiële bedreiging voor het voortbestaan. Gecombineerd vormen zij echter een sector brede bedreiging! Daar veel van de risico's echter inherent zijn aan het huidige systeem van ziekenhuisfinanciering of voortkomen uit het huidige overheidsbeleid ten aanzien van de transitie naar een nieuwe bekostigingsstructuur, zou men kunnen concluderen dat het hier deels om systeemrisico's gaat. De overheid zal, zeker in een sector als de gezondheidszorg – die politiek altijd zeer gevoelig ligt – de genoemde risico's niet geheel kunnen afwenden op de individuele ziekenhuizen. Hierbij geldt bovendien dat hoe meer ziekenhuizen getroffen worden, hoe groter de druk op de overheid zal zijn om (steun)maatregelen te treffen.

De mogelijkheden van de overheid voor dergelijke steunmaatregelen zijn op dit moment echter beperkt. Enerzijds is het in het kader van de Europese mededingingswetgeving voor overheden slechts zeer beperkt mogelijk om (financiële) steun te leveren aan private ondernemingen.¹¹⁶ Anderzijds laat het budget van de overheid slechts zeer beperkte steunmaatregelen toe. Het huidige kabinet is druk doende de beoogde (noodzakelijke) bezuinigingen van 18 miljard Euro door te voeren. Uitgebreide subsidies, tariefverhogingen of andersoortige steunmaatregelen liggen dan ook niet voor de hand. Alleen al bij de 81 ziekenhuizen uit de database van DigiMV zal immers al bijna twee miljard Euro nodig zijn om een solvabiliteit van 25% te bereiken. Materialisatie van de beschreven risico's is hierin bovendien nog niet meegerekend, het kan dus zelfs om een nog groter bedrag gaan.

De Nederlandse overheid zal dus moeten zoeken naar andere manieren om de financiële situatie van ziekenhuizen te versterken. Zoals in deze thesis uitgebreid betoogd zijn er nog diverse andere manieren waarop ziekenhuizen vermogen kunnen aantrekken. Op het gebied van het verkrijgen van zowel eigen vermogen als van vreemd vermogen zijn er alternatieven die momenteel in de ziekenhuizen niet gebruikt worden. Hierin liggen de kansen voor een nieuwe, duurzame en gezonde vorm van ziekenhuisfinanciering.

¹¹⁶ [Rapport Smolders & Jansen Medical Group, *Steunverlening aan noodlijdende zorginstellingen*, juni 2010]

De meeste aandacht zal hierbij uit moeten gaan naar het aantrekken van (risicodragend) eigen vermogen. Om de kosten van vreemd vermogen (in de streefsituatie nog steeds 75% van het balanstotaal) zo laag mogelijk te houden is immers (naaste een gezonde exploitatie) voldoende eigen vermogen nodig. Verschaffers van vreemd vermogen (veelal banken) zijn immers door de kredietcrisis gedwongen hun beleid aan te scherpen (Basel III¹¹⁷) en bovendien is er door deze beleidswijzigingen minder vermogen beschikbaar. Risicodragend eigen vermogen kan hiervoor een oplossing bieden.

Hoewel de mogelijkheden voor de introductie van risicodragend eigen vermogen in de huidige wetgeving al opgenomen zijn, is de toepassing hiervan door het bestaan van een winstklem momenteel nog zeer beperkt. Om winst te kunnen uitkeren moet momenteel immers gewerkt worden met alternatieve constructies die de winstklem omzeilen. Bovendien is het voor verschaffers van risicodragend eigen vermogen essentieel om ook zeggenschap te verkrijgen in de ondernemingen waarin zij deelnemen. Hoewel de huidige Zorgbrede Governancecode 2010¹¹⁸ hieraan in beginsel reeds invulling heeft gegeven biedt de momenteel veelgebruikte stichtingsvorm echter geen mogelijkheden voor verschaffers van eigen vermogen om zeggenschap uit te oefenen.

Hoewel er voor verschaffers van risicodragend eigen vermogen grote kansen liggen in de Nederlandse ziekenhuizen lijkt het er op dit moment op dat vooralsnog de wetgever aan zet is. Zodra de overheid de mogelijkheid om winst uit te keren in de wet verankert en daarmee blijk geeft van een consistente beleidslijn op weg naar (gereguleerde) marktwerking zullen de veldpartijen de regie overnemen en zal de introductie van risicodragend eigen vermogen in de Nederlandse ziekenhuizen het logische gevolg zijn. Bij matig of slecht presterende ziekenhuizen zullen we dit als eerste zien, maar ook het onderbrengen van het ziekenhuisvastgoed in vastgoedfondsen behoort tot de opties.

Momenteel zijn wij beland in een situatie waarin wij 'stuck in the middle' zijn tussen overheidsregulering en marktwerking en het slechtste van twee werelden hebben.¹¹⁹ De huidige regering heeft daarom gekozen de marktwerking verder door te voeren. Het is nu afwachten of zij de komende jaren de daad bij het woord voegt.

¹¹⁷ [Website over Basel III: <http://www.baseliii.nl/basel-iii/71-basel-iii>]

¹¹⁸ [BOZ Brancheorganisaties Zorg, *Zorgbrede Governancecode 2010*, januari 2010]

¹¹⁹ [Regeerakkoord VVD-CDA 2010, *Vrijheid en verantwoordelijkheid*]

Hoofdstuk 9 – Conclusies

Businessmodel

Uit de literatuur blijkt dat een juiste invulling en afstemming van de diverse elementen van het businessmodel kan leiden tot een duurzaam concurrentievoordeel en een gezond exploitatieoverschot.

Zowel uit de literatuur als uit het praktijkonderzoek blijkt dat businessmodellen nog niet op een integrale wijze toegepast worden in de Nederlandse ziekenhuizen waardoor veel potentiële waarde verloren gaat.

Private investeerders hebben meer kennis en ervaring met het toepassen van een (integraal) businessmodel en kunnen zo een substantieel hoger rendement in ziekenhuizen realiseren.

Financiering

Door groei van de vraag naar ziekenhuiszorg en de noodzaak tot herfinanciering bestaat er de komende jaren een grote behoefte aan nieuw vermogen bij de Nederlandse ziekenhuizen.

De financiële risico's van de huidige financieringssystematiek en de voorgenomen beleidswijzigingen zijn echter voor de ziekenhuizen dusdanig groot dat deze het faillissement van meerdere ziekenhuizen tot gevolg kunnen hebben en zelfs een bedreiging kunnen zijn voor de gehele sector.

De belangrijkste verschaffers van vreemd vermogen, banken en zorgverzekeraars, zullen als gevolg van de deze risico's terughoudender zijn met het verstrekken van leningen en zij zullen hogere eisen stellen aan huidige en nieuwe financieringen.

Het versterken van het eigen vermogen is derhalve cruciaal voor het voortbestaan van de ziekenhuizen. Hiervoor zal meer dan twee miljard Euro nodig zijn.

Daar de mogelijkheden van de overheid om het eigen vermogen te versterken beperkt zijn, zal dit vermogen moeten komen van private investeerders.

Alvorens private investeerders hiertoe echter (op grote schaal) zullen overgaan, zal de Nederlandse overheid de juiste voorwaarden moeten scheppen door de wettelijke verankering van de mogelijkheid van winstuitkering in de zorg.

Synthese

Private investeerders kunnen door de integrale toepassing van businessmodellen en door investeringen middels risicodragend eigen vermogen zorgen voor een gezonde (financiële) situatie van de Nederlandse ziekenhuizen.

Bijlage I – Analyse jaarrekeningen 20 geselecteerde ziekenhuizen

Bijlage II – Analyse gegevens DigiMV

Bijlage III – Lijst geïnterviewde personen