



Sectorvisie Ziekenhuiszorg

**Recente ontwikkelingen en uitdagingen
voor ziekenhuizen...**

Vrij baan voor arts-eigenaar

FD 14 februari 2014

Noodkreet bestuurders in de zorg

FD 12 maart 2014

Overname Slotervaart officieel

FD 2 januari 2014

Medisch specialisten mogen maximaal €228.000 verdienen

FD 14 september 2013

Honderd extra mensen om zorgfraude op te sporen

FD 14 september 2013

Ziekenhuis Den Helder wil miljoenen van gemeente

FD 24 februari 2014

Streep door overname LangeLand Ziekenhuis

FD 28 februari 2014

Voorwoord

Geachte relatie,

De zorgsector, en in sterke mate de ziekenhuiszorg, staat de laatste paar jaren volop in de belangstelling. Terwijl de kwaliteit van de zorg uitermate belangrijk is, is de politiek er ook op gebrand om de kosten onder controle te krijgen. Daarnaast spelen partijpolitieke motieven niet zelden een rol binnen de besluitvorming omtrent de zorg. De veranderde wet- en regelgeving, geïnitieerd door de politiek, zorgt voor grote veranderingen in het zorglandschap en heeft impact op ziekenhuizen, medisch specialisten, financiers, zorgverzekeraars en andere betrokkenen.

Voor u ligt onze gezamenlijke sectorvisie, waarin een aantal ontwikkelingen wordt samengebracht. In het bijzonder staan wij stil bij het hoofdlijnenakkoord, de invoering van integrale bekostiging en wat dit betekent voor de medisch specialist, participatie van medisch specialisten en private investeerders. Daarnaast hebben wij de financiële performance en financieringsstatus van ziekenhuizen in kaart gebracht en beoordeeld op toekomstbestendigheid. Vanzelfsprekend is deze sectorvisie niet alomvattend en staan wij graag open om alle juridische, financiële en participatie gerelateerde vraagstukken met u te bespreken.

Voor nu hopen wij dat u met interesse onze sectorvisie zult lezen. Indien u naar aanleiding van deze sectorvisie vragen of opmerkingen heeft dan horen wij graag van u.

Met vriendelijke groeten,

De teams van LEXSIGMA Healthcare en Lindenaar & Co Corporate Finance

Trends en ontwikkelingen

De Nederlandse ziekenhuiszorg staat voor grote uitdagingen. De vergrijzing en de krimp van de bevolking in bepaalde provincies zullen een enorme impact hebben op de omvang en het type zorgvraag. Daarnaast zullen ziekenhuizen een bijdrage moeten leveren aan het beheersbaar houden van de zorgkosten, terwijl zij ook moeten voldoen aan de veranderende zorgvraag en hogere verwachtingen over de kwaliteit en transparantie van de zorgverlening. Verder staan de technologische innovaties in de medische wereld niet stil. Ziekenhuizen zullen op al deze ontwikkelingen moeten inspelen.

Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015

In het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015 (BHA) zijn door de overheid, ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en zorgverzekeraars afspraken gemaakt over het beheersen van de uitgavengroei binnen de medisch specialistische zorg. Op 16 juli 2013 hebben deze partijen aanvullend op het BHA een akkoord voor 2014-2017 gesloten, waarin de afspraken uit het BHA zijn aangevuld en geïntensiveerd. Met de beide akkoorden beogen de partijen een kwaliteitsverbetering in de ziekenhuiszorg te bereiken, binnen de randvoorwaarde van een beheerste kostenontwikkeling. De partijen hebben onder andere afgesproken dat de structurele, landelijke volumegroei niet meer mag bedragen dan 1,5% in 2014 en 1,0% in 2015 tot en met 2017. Om deze doelstelling te realiseren en de kwaliteit en doelmatigheid verder te verbeteren, zijn in het akkoord afspraken gemaakt over onder meer selectieve zorginkoop, spreiding en specialisatie van ziekenhuisfuncties, doelmatiger voorschrijven van geneesmiddelen en verbetering van de informatievoorziening over de zorgproductie. In het akkoord is verder afgesproken dat meer medisch specialistische zorg door de eerstelijns zal worden verleend.

Prestatiebekostiging

Vanaf 2014 vindt, voor het eerst zonder het vangnet van de transitieregeling, de bekostiging van ziekenhuiszorg volledig plaats op grond van prestatiebekostiging. Dat betekent dat de zorg wordt vergoed op basis van een prestatieomschrijving en een daaraan gekoppeld tarief. Bij de beschrijving van prestaties wordt gewerkt met diagnosebehandelingscombinaties (DBC's; officieel

DOT's: DBC Op weg naar Transparantie). De NZa stelt één maximumtarief vast voor een volledig behandelingstraject, van intake tot ontslag, in het zogenaamde A-segment. In die DBC's zijn zowel de vaste lasten als de variabele kosten (zoals honoraria, personeelskosten en materiaal) verwerkt. Op dit moment betreft het A-segment circa 30% van de door de NZa beschreven prestaties die door ziekenhuizen worden geleverd. Het andere gedeelte van de tarieven is vrij onderhandelbaar, het B-segment. Ziekenhuizen onderhandelen met zorgverzekeraars over de hoogte van de tarieven. Het is de bedoeling dat het B-segment de komende jaren verder zal groeien met een navenante inkrimping van het A-segment. Dat zou de concurrentie moeten bevorderen en (uiteindelijk) moeten leiden tot kostenbesparingen.

Integrale tarieven medisch specialisten

Het DBC-tarief is nu nog opgebouwd uit een kostenbedrag voor het ziekenhuis en een honorariumbedrag voor de vrijgevestigd medisch specialist. Het ziekenhuis declareert het totale DBC-tarief bij de zorgverzekeraar. De medisch specialist declareert het honorariumbedrag aan of via het ziekenhuis. Medisch specialisten in loondienst (circa 25% van alle medisch specialisten) ontvangen salaris van het ziekenhuis en declareren geen afzonderlijke honorariumbedragen aan of via het ziekenhuis, dit doet het ziekenhuis zelf.

Per 2015 wijzigt dit systeem en zullen integrale tarieven worden ingevoerd. Dat betekent onder andere dat zorgverzekeraars geen onderscheid meer maken tussen de ziekenhuiskosten en de honoraria

van de medisch specialist, maar dat het kosten- en honorariumcomponent in één tarief worden ondergebracht. Door de invoering van integrale tarieven en het vervallen van het zelfstandig declaratierecht van de vrijgevestigde medisch specialisten zullen er tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars enerzijds en medisch specialisten en ziekenhuizen anderzijds andersoortige onderhandelingen gaan plaatsvinden. Ook de (fiscale) positie van de vrijgevestigde medisch specialist staat onder druk als de bestaande toelatings-overeenkomst niet tijdig (lees: vóór 1 januari 2015) is aangepast. Fiscaal gezien heeft dit alles tot gevolg dat vrijgevestigde medisch specialisten alleen nog toegang tot fiscale faciliteiten behouden als zij in fiscale zin ondernemersrisico lopen, net als alle andere Nederlandse ondernemers.

Het behouden van het fiscale ondernemerschap kan op een aantal manieren plaatsvinden. De OMS (Orde van Medisch Specialisten) en NVZ (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen) hebben gezamenlijk een aantal methodieken uitgewerkt, die naast fiscaal ondernemerschap ook meer gelijkgerichtheid kunnen brengen tussen de specialisten en het ziekenhuisbestuur (Witte Boek deel V en “Passend model”, juni 2013). Fiscaal ondernemerschap kan behouden worden door middel van het samenwerkingsmodel of het participatiemodel.

Bij het samenwerkingsmodel dienen de ziekenhuisdirectie en medisch specialisten een samenwerkingsovereenkomst te sluiten, waarin afspraken worden gemaakt over nieuwe prestaties en tarieven (in de nieuwe systematiek vervalt immers het honorarium en daarmee ook de prestaties die medisch specialisten nu nog declareren). Het is hierbij wel van belang dat er in het samenwerkingsmodel door de specialisten “voldoende” ondernemersrisico wordt gelopen anders zal het fiscale ondernemerschap alsnog vervallen. Er is door het Ministerie van Financiën (belasting inspecteur) geen blauwdruk verschaft

wanneer er voldoende ondernemersrisico wordt gelopen.

In het participatiemodel wordt de medisch specialist mede-eigenaar van het ziekenhuis. Navraag leert namelijk dat veel medische specialisten wel degelijk graag invloed willen hebben in het beleid van het ziekenhuis. De directie heeft nu de formele “macht” en de specialisten de informele “macht”. Indien voor het participatiemodel gekozen wordt zal de organisatiestructuur van het ziekenhuis wezenlijk veranderen. De informele macht van de medisch specialisten wordt een formele macht, die gedeeld wordt met de ziekenhuisdirectie en gelijkgerichtheid brengt tussen de medisch specialisten en het ziekenhuisbestuur. Te denken valt aan een constructie waarbij het ziekenhuis (stichting) zich omzet in een besloten vennootschap met beperkte aansprakelijkheid. Enig aandeelhouder en bestuurder van deze ziekenhuis B.V. wordt dan bijvoorbeeld een coöperatie. De leden van de coöperatie kunnen dan de medische specialisten, het personeel en lokale zorgaanbieders zijn.

Een andere optie is dat het ziekenhuis (stichting) en de medische specialisten (die zich dan verenigen in een coöperatie) gezamenlijk een B.V. oprichten die het ziekenhuis gaat exploiteren. Het ziekenhuis (stichting) en de coöperatie worden dan aandeelhouder van de ziekenhuis-B.V.

In zowel het samenwerkingsmodel als het participatiemodel dienen afspraken gemaakt te worden over onder meer de corporate governance (benoeming en ontslag bestuurders en toezichthouders), positie medische specialisten, zeggenschapsrechten en het beleid. Daarnaast verandert de positie van de ziekenhuisdirectie. Het bestuur zal, naast de RvT, ook verantwoording moeten afleggen aan de ledenvergadering of AVA. Los van het feit dat er een aanzienlijk aantal documenten dient te

worden opgesteld, zal ook onder meer aandacht aan de volgende zaken dienen te worden besteed:

- mogelijke melding bij de ACM
- fusietoets bij de NZa
- adviesaanvragen bij de ondernemingsraad en de cliëntenraad
- toestemming/medewerking van de betrokken banken en zorgverzekeraars
- toestemming waarborgfonds
- WTZi vereisten
- Het aanvragen van fiscale rullings
- Zorgbrede Governance Code

Rol van de zorgverzekeraars

Bij de invoering van het nieuwe zorgstelsel in 2006 was het de bedoeling dat zorgverzekeraars een regierol zouden krijgen in het stelsel van de gezondheidszorg. Na een stoeve start blijken zorgverzekeraars die rol nu meer en meer op te pakken. Door bij de zorginkoop te selecteren op prijs en kwaliteit (selectieve zorginkoop) hebben zorgverzekeraars een prominente rol gekregen in het beheersbaar houden van de zorgkosten. Zorgverzekeraars bepalen via zorginkoop en hun polisvoorwaarden waar hun verzekerden hun zorg mogen invoeren.

Daarnaast wordt de rol van zorgverzekeraars bij het opsporen van fraude in de zorg steeds groter, door middel van het inzetten van het instrument van de materiële controle. Door middel van materiële controle proberen zorgverzekeraars onrechtmatig en ondoelmatig declareergedrag bij zorgaanbieders op te sporen en het teveel aan onterecht uitbetaalde vergoedingen terug te vorderen. In dat kader beschikken zorgverzekeraars over wettelijke (en vaak ook contractuele) bevoegdheden om onder bepaalde voorwaarden inlichtingen te vorderen en medische dossiers in te zien. Overigens heeft ook de NZa fraudebestrijding tot één van de speerpunten van haar beleid gemaakt. De NZa heeft in dat kader specifieke bestuursrechtelijke bevoegdheden,

bijvoorbeeld om bepaalde inlichtingen te vorderen. Een recent voorbeeld hiervan is de kwestie inzake het St. Antonius Ziekenhuis in Utrecht en Nieuwegein. Daarbij dient wel vermeld te worden dat in dit geval, zover bekend, de term fraude niet de juiste benaming is maar dat er eerder sprake is van foutieve declaraties. De oorzaak van deze foutieve declaraties moet, op zijn minst gedeeltelijk, gezocht worden in de continu veranderende declaratieregels, waarbij het in sommige gevallen zelfs voorkomt dat de declaratieregels pas na het indienen van de declaraties worden vastgesteld.

Afschaffing vrije artskenkeuze

Minister Schippers heeft aangekondigd de vrije artskenkeuze in de Zorgverzekeringwet (Zvw) te willen afschaffen. Zorgverzekeraars krijgen daarmee meer vrijheid om zorg in te kopen. Als een zorgaanbieder geen contract heeft met een zorgverzekeraar, mag die zorgverzekeraar ervoor kiezen die zorg niet te vergoeden. Nu is de verzekeraar nog verplicht om minstens 75/80% van de declaratie te vergoeden. Met de nieuwe regeling wordt de patiënt gedwongen om óf de declaratie van het ziekenhuis geheel zelf te betalen óf te kiezen voor een andere zorgaanbieder, die wel gecontracteerd is. In de praktijk zullen patiënten voor het laatste kiezen. De patiënt kan dan dus niet langer bij de zorgaanbieder van zijn keuze terecht. Voor zorgaanbieders betekent dit dat zij meer dan ooit belang hebben bij contracten met zorgverzekeraars. Hoe deze wijziging er exact uit komt te zien en wat de reikwijdte van de wijziging is, is momenteel nog onderwerp van politieke discussie en parlementair debat. Onduidelijk is of en zo ja, wanneer deze wetswijziging in werking treedt.

Zorgspecifieke fusietoets bij de NZa

Per 1 januari 2014 is de zorgspecifieke fusietoets ingevoerd. Hierdoor hebben concentraties in de zorg, zoals fusies en overnames, voorafgaande instemming nodig van de NZa (naast eventuele meldingen bij de SER en werkgeversorganisaties en adviesaanvragen bij de OR en cliëntenraden). Zorgaanbieders waar in

de regel minstens vijftig personen werkzaam zijn, zijn verplicht om het voornemen van een concentratie te melden. Dit geldt ook als sprake is van een concentratie van een zorgaanbieder met een niet-zorgaanbieder. De zorgspecifieke fusietoets door de NZa vindt plaats voorafgaand aan de eventuele mededingingstoets van de ACM. Als de vereiste toestemming van de NZa ontbreekt, kan geen melding bij de ACM worden gedaan. Voor een melding bij de ACM gelden overigens, anders dan bij de NZa, wel omzetsdrempels.

Zorgaanbieders die een concentratie willen vormen, moeten een zogenaamde effectrapportage opstellen. Uit die rapportage moet onder meer blijken wat de doelstellingen en redenen zijn voor de concentratie en welke gevolgen en risico's de concentratie heeft voor de zorgverlening aan de patiënt en de kwaliteit en bereikbaarheid van de zorg. Verder moet in de

rapportage worden vermeld hoe cliënten, personeel en andere belanghebbenden bij de besluitvorming zijn betrokken.

De fusietoets is geen toets op mededingingsrechtelijke aspecten, maar een toets op de betrokkenheid van stakeholders en de bereikbaarheid en kwaliteit van zorg. De NZa onthoudt goedkeuring indien uit de effectrapportage blijkt dat cliënten en personeel niet op zorgvuldige wijze bij de concentratie zijn betrokken of indien blijkt dat niet op zorgvuldige wijze met de inbreng van die partijen is omgegaan. De NZa geeft ook geen toestemming indien door de concentratie de verlening van cruciale zorg in gevaar komt. Daarbij onderzoekt de NZa voor een aantal vormen van zorg of patiënten door het samengaan niet verder hoeven te reizen of langer hoeven te wachten dan wat volgens de wet maximaal acceptabel is.



Financiële performance

Hoewel de kwaliteit van zorg als eerste prioriteit geldt, moet ieder ziekenhuis zorg op een financieel gezonde basis leveren om dit ook toekomstbestendig te kunnen blijven doen. Om diverse redenen is de financiële gezondheid van ziekenhuizen dan ook onderwerp van onderzoeken, artikelen en (politieke) discussies. Zo volgen de ontwikkelingen in de ziekenhuiszorg zich in moordend tempo op, richt de politiek zich sterk op het beheersbaar maken van de totale zorgkosten en staat de overheid niet meer garant bij eventuele faillissementen van ziekenhuizen.

Analyse

De financiële staat van ziekenhuizen zoals blijkt uit de publieke jaarrekeningen, gecombineerd met de zorgen van de accountants, de zeer reële risico's van materiële controles en de hoge schuldenlast (waar banken, de overheid en ziekenhuizen zich terdege zorgen over moeten maken) is dan ook aanleiding voor ons geweest om een eigen analyse van de financiële performance en de wijze van financiering van ziekenhuizen op te stellen. Volgens ons zit er een aantal hiaten in de tot op heden gepubliceerde onderzoeken naar de financiële situatie van ziekenhuizen. Ten eerste wordt er te weinig rekening gehouden met investeringsbehoeftes, of beter gezegd –noodzaken, terwijl investeringen cruciaal zijn voor een toekomstbestendig ziekenhuis dat hoge kwaliteit zorg wenst te blijven leveren. Daarnaast bestaat de balans van een ziekenhuis voor een groot deel uit vastgoed. Wij zijn van mening dat, om te bepalen of een ziekenhuis een gezonde exploitatie kent, het vastgoed en de exploitatie apart bekeken dienen te worden. Daarom hebben wij de ziekenhuizen fictief opgesplitst in twee delen:

- een vastgoed-entiteit ("Vastgoed"), met daarin de boekwaarde van de grond, het vastgoed, de installaties en de trekkingsrechten en instandhoudingen, evenals een bancaire financiering ter grote van deze boekwaarde
- een zorg-exploitatie-entiteit (het "Ziekenhuis"), zijnde al het overige

Vastgoed is verantwoordelijk voor al het onderhoud en de instandhouding van het vastgoed waarin het Ziekenhuis gevestigd is. Het Ziekenhuis huurt in deze

situatie het gebouw van Vastgoed. Als basis voor de huursom grijpen wij terug naar het onderzoek van Fakton; "Onderzoek macrokosten huisvestingslasten ziekenhuizen", zoals zij op 11 augustus 2009 gepubliceerd heeft in opdracht van de NZa. Hierin wordt gesteld dat een kostprijsdekkende huur als percentage van de omzet (o.b.v. de omzet 2008) gemiddeld 8,43% bedraagt, hoewel dit licht verschilt tussen kleine en grote ziekenhuizen. Dit percentage hebben wij gecorrigeerd naar een kostprijsdekkende huur als percentage van de omzet 2012.

Door de 'oude' EBITDA¹ te corrigeren voor de kostprijsdekkende huursom die aan Vastgoed wordt betaald, hebben wij op deze wijze voor ieder ziekenhuis een nieuwe genormaliseerde EBITDA² ("nEBITDA") bepaald. Uit de nEBITDA moeten in eerste instantie investeringen (in inventaris en overige roerende zaken) kunnen worden betaald om te kunnen spreken van een gezonde exploitatie. Hiermee wordt in feite, bij een gelijkblijvend werkkapitaal, de operationele kasstroom benaderd. Tenslotte moeten daar nog de rentelasten en aflossingen van niet-vastgoed gerelateerde financieringen uit betaald kunnen worden.

¹ In al onze analyses hebben wij het transitiebedrag buiten beschouwing gelaten. Hoewel duidelijk is dat deze regeling is opgesteld om ziekenhuizen de tijd te geven wijzigingen in de organisatie door te voeren, geeft de omzet inclusief transitiebedrag een foutief beeld van de genormaliseerde exploitatieresultaten

² Earnings Before Interest Taxes Depreciation and Amortization

Conclusies

De eerste conclusie volgt al bij het bekijken van de nEBITDA. Maar liefst elf ziekenhuizen behaalden in 2012 een negatieve nEBITDA uit exploitatie en konden dat jaar dus eigenlijk niet het Vastgoed dekkend exploiteren, laat staan dat zij uit hun resultaat nog investeringen in onder andere (noodzakelijke) apparatuur, inventaris en software konden doen.

Om goede zorg te kunnen blijven leveren dient een ziekenhuis echter jaarlijks voldoende te investeren. Zodoende hebben wij dan ook gekeken naar wat de gemiddelde investeringen per ziekenhuis in roerende zaken waren over de jaren 2008 tot en met 2012 om vast te stellen wat de jaarlijks terugkerende investeringslast ("Normale Investeringskosten") is die uit de nEBITDA betaald zou moeten kunnen worden. Na het corrigeren van nEBITDA voor deze Normale Investeringskosten, blijkt dat meer dan de helft (40 van de 78) van de geanalyseerde ziekenhuizen niet voldoende resultaat behalen om de Normale Investeringskosten te kunnen bekostigen.

Wij beseffen terdege dat veel ziekenhuizen zich al geruime tijd realiseren dat veranderingen noodzakelijk zijn, er kosten gesneden moeten worden en dat er strategische keuzes gemaakt moeten worden om de exploitatie weer gezond te krijgen. Dertien van de 40 ziekenhuizen moeten 4% of meer van hun totale operationele kosten besparen om de Normale Investeringskosten weer uit de nEBITDA te kunnen betalen, terwijl nog eens twaalf ziekenhuizen meer dan 2% moeten besparen.

Aangezien in de eerste groep van dertien het Slotervaart Ziekenhuis, het Gemini Ziekenhuis en het Rode Kruis Ziekenhuis vertegenwoordigd zijn, allen recent in het nieuws geweest in verband met financiële perikelen, verwachten wij dat een deel van de 40 ziekenhuizen in de gevarenszone het op termijn niet, of in ieder geval niet onder de huidige exploitatie, gaat redden.

Tabel I Overzicht geanalyseerde ziekenhuizen¹

Ziekenhuis	nEBITDA (In EURm)	nEBITDA +/- Normale Investeringskosten (In EURm)	Benodigde besparing op operationele kosten
1 Nij Smellinghe	18,1	14,2	-
2 St. Jans Gasthuis	10,8	8,6	-
3 Martini Ziekenhuis	30,0	19,8	-
4 Orbis Medisch Centrum	21,2	14,9	-
5 Gelre Ziekenhuizen	31,6	18,9	-
6 Maasziekenhuis Pantein	6,5	3,0	-
7 St. Jansdal	11,8	6,8	-
8 IJsselmeerziekenhuizen	7,7	4,1	-
9 Zaan Medisch Centrum	12,8	5,5	-
10 Diaconessenhuis Utrecht	15,4	6,6	-
11 Laurentius Ziekenhuis	8,6	4,6	-
12 Antonius Ziekenhuis	10,9	3,7	-
13 Meander Medisch Centrum	15,9	6,8	-
14 Zorgcombinatie Noorderboog	7,6	4,1	-
15 Stichting Rijnstate Ziekenhuis	22,9	9,4	-
16 Isala Klinieken	26,6	10,8	-
17 De Tjongerschans	7,1	2,4	-
18 Medisch Centrum Haaglanden	15,4	7,6	-
19 Vlietland Ziekenhuis	10,2	4,0	-
20 Haga Ziekenhuis	16,6	6,8	-
21 St. Anna Zorggroep	7,4	2,5	-
22 Zuwe	5,4	1,7	-
23 Kennemer Gasthuis	9,5	3,7	-
24 Havenziekenhuis	3,6	1,0	-
25 Ziekenhuisgroep Twente	15,1	4,3	-
26 Wilhelmina Ziekenhuis Assen	4,6	1,3	-
27 Rijnland Ziekenhuis	7,5	2,2	-
28 Medisch Centrum Leeuwarden	15,2	3,8	-
29 Groene Hart Ziekenhuis	7,8	1,8	-
30 Diaconessenhuis Leiden	7,0	1,0	-
31 Zorggroep Leveste Middenveld	12,4	3,9	-
32 Lievensberg Ziekenhuis	5,9	0,9	-
33 Elkerliek Ziekenhuis	6,7	0,9	-
34 Onze Lieve Vrouwe Gasthuis	9,0	1,3	-
35 Waterlandziekenhuis	3,0	0,3	-
36 TweeSteden Ziekenhuis	8,5	0,6	-
37 Stichting Deventer Ziekenhuisgroep	5,8	0,4	-
38 Spaarne Ziekenhuis	9,1	0,3	-
39 Jeroen Bosch Ziekenhuis	18,6	(0,0)	0,0%
40 Flevoziekenhuis	6,1	(0,1)	0,0%
41 St. Antonius Ziekenhuis	12,5	(1,7)	0,5%
42 Stichting Saxenburgh Groep	2,2	(0,5)	0,5%
43 Albert Schweitzer Ziekenhuis	6,7	(1,9)	0,8%
44 Ziekenhuis Rivierland	4,6	(0,8)	0,9%
45 Rivas Zorggroep Beatrixziekenhuis	6,0	(2,4)	1,1%
46 Sint Franciscus Gasthuis	4,2	(2,5)	1,4%
47 Admiraal De Ruyter Ziekenhuis	2,2	(2,4)	1,5%
48 Atrium Medisch Centrum	6,5	(4,1)	1,7%
49 IJsselland Ziekenhuis	3,3	(1,9)	1,7%
50 Reinier de Graaf Groep	9,1	(3,4)	1,8%
51 VieCuri Medisch Centrum	7,9	(3,4)	1,8%
52 Refaja Ziekenhuis	1,2	(1,1)	1,9%
53 Ommelandse Ziekenhuisgroep	3,5	(1,7)	1,9%
54 Ziekenhuis De Gelderse Vallei	9,0	(3,2)	2,0%
55 Maasstad Ziekenhuis	12,7	(5,9)	2,3%
56 Sint Lucas Andreas Ziekenhuis	2,4	(3,8)	2,6%
57 Maxima Medisch Centrum	4,1	(6,0)	2,8%
58 Catharina Ziekenhuis	6,6	(7,9)	2,8%
59 Franciscus Ziekenhuis	3,0	(3,2)	3,1%
60 Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis	2,7	(7,4)	3,4%
61 Medisch Spectrum Twente	6,4	(10,4)	3,4%
62 BovenIJ Ziekenhuis	(0,0)	(2,1)	3,4%
63 Ziekenhuis Bernhoven	5,7	(4,5)	3,5%
64 Streekliekenhuis Koningin Beatrix	1,8	(2,6)	3,7%
65 Tergooi Ziekenhuizen	(0,0)	(6,8)	3,9%
66 Slingeland Ziekenhuis	1,8	(4,6)	4,3%
67 ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen	(0,8)	(6,7)	4,4%
68 Westfries Gasthuis	(1,0)	(7,0)	4,5%
69 Ikazia Ziekenhuis	1,3	(4,0)	4,6%
70 Gemini Ziekenhuis	(1,1)	(4,0)	4,8%
71 Stichting Bronovo-Nebo	(0,5)	(5,0)	5,0%
72 Amphia Ziekenhuis	(7,5)	(22,5)	7,3%
73 Ziekenhuis Amstelland	0,4	(4,6)	7,3%
74 Ziekenhuis St. Elisabeth	4,1	(16,8)	8,3%
75 Rode Kruis Ziekenhuis	(4,2)	(8,5)	8,3%
76 Medisch Centrum Alkmaar	(12,3)	(27,8)	10,8%
77 Van Weel-Bethesda Ziekenhuis	(3,9)	(6,3)	11,7%
78 Slotervaartziekenhuis	(12,5)	(16,4)	13,1%

¹ Ook ziekenhuizen zoals het Slotervaartziekenhuis en het Rode Kruis Ziekenhuis zijn meegenomen in onze analyse, door overnames zal de situatie bij deze ziekenhuizen (mogelijk) sterk gewijzigd zijn

‘Declaratie-gate’

Naast de gepubliceerde jaarcijfers van de ziekenhuizen, waaruit na analyse reeds veel problematische gevallen blijken, zijn er financiële risico's die nog niet inzichtelijk zijn. Zo werd op 11 februari 2014 bekend dat het St. Antonius Ziekenhuis in Utrecht en Nieuwegein bijna €25 miljoen moet terugbetalen aan zorgverzekeraars in verband met onjuiste declaraties, vermeerderd met een boete van €2,5 miljoen. Hoewel de materiële controles de afgelopen jaren in het gehele zorglandschap sterk zijn toegenomen, zorgt deze uitspraak voor veel onrust. ZorgVisie spreekt zelfs van ‘declaratie-gate’. Het bedrag dat het St. Antonius moet terugbetalen komt neer op circa 1,35% van de omzet over vijf jaar. Aangezien het St. Antonius, voor zover bekend, de foutieve declaraties niet opzettelijk heeft ingediend en er veel te doen is om de onduidelijkheden omtrent alle declaratie-regels, achten wij het waarschijnlijk dat veel meer ziekenhuizen een dergelijke correctie en boete opgelegd krijgen. Dit verklaart dan ook deels waarom accountants geen goedkeurende verklaring willen verstrekken over de jaarrekening 2013. Foutieve declaraties betekenen namelijk niet alleen een forse additionele schuld aan zorgverzekeraars en de NZa, maar ook een structurele verlaging van de omzet.

Stel dat gemiddeld alle ziekenhuizen 1,35% minder omzet doen dan dat zij in 2012 gerapporteerd hebben in hun jaarverslagen. In onze analyse zorgt dit ervoor dat 52 van de 78 (in plaats van 40) ziekenhuizen niet meer voldoende rendement maken om hun Normale Investerings te kunnen betalen. 36 ziekenhuizen komen dan in de situatie dat zij meer dan 2% moeten besparen op de operationele kosten om hun Normale Investerings uit het rendement te kunnen gaan betalen, waarvan 22 meer dan 4%. Wanneer alle 78 ziekenhuizen uit de analyse 1,35% van de omzet van afgelopen jaren foutief gedeclareerd hebben stijgt de gezamenlijke schuld met circa €980 miljoen. Gezien de reeds moeilijke financierbaarheid van ziekenhuizen zal dit een grote impact hebben.

Vergelijking met BDO

In vergelijking met de BDO-benchmark ziekenhuizen 2013 blijken er een behoorlijk aantal verschillen. Voor vier ziekenhuizen, te weten Ziekenhuis De Gelderse Vallei, het Slingeland Ziekenhuis, het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis en het Westfries Gasthuis geeft BDO een gezonde financiële situatie weer, terwijl uit onze analyse duidelijk blijkt dat deze ziekenhuizen behoren tot de onderste 25 qua financiële gezondheid van de operationele exploitatie. Dit lijkt voornamelijk te wijten aan hogere Normale Investerings dan jaarlijkse afschrijvingen, wat een vertekend beeld geeft.

Interessanter wordt het wanneer we kijken naar de tien ziekenhuizen die een onvoldoende krijgen van BDO, terwijl onze analyse een financieel gezonde exploitatie laat zien. Na diepere analyse blijkt dat twee van deze ziekenhuizen, te weten het Orbis Medisch Centrum en het Kennemer Gasthuis, ondanks een gezonde exploitatie er zeer zwak voor staan vanwege hoge financieringslasten, waarschijnlijk door zeer duur uitgevallen vastgoed.

Het Groene Hart Ziekenhuis, het Maasziekenhuis Pantein en het Lievensberg Ziekenhuis zitten wel in de gevarenzone en hebben een zwakke balans en een negatief transitiebedrag wat erop duidt dat deze ziekenhuizen nog een forse slag te maken hebben. Ons inziens is de positieve exploitatie echter een goed teken. De overige vijf ziekenhuizen³ kennen echter een relatief gezonde financiële situatie, waarbij de ranking van BDO voornamelijk veroorzaakt wordt door eenmalige incidentele lasten of een zwakke balans (die in onze ogen gesterkt kan worden door positieve exploitatie in komende jaren).

³ Isala Klinieken en Meander Medisch Centrum (beiden door eenmalige lasten), Rijnland (aflossing op financiering aan hoge kant), Vlietland en Zuwe (zwakke balans maar positieve exploitatie)

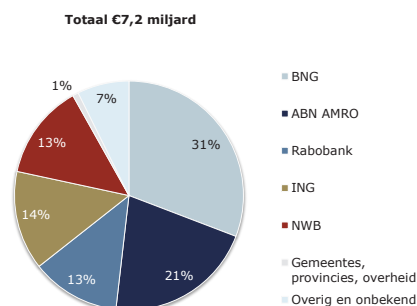
Financiering van ziekenhuizen

Zowel de commerciële banken als de overheidsbanken worden steeds terughoudender in het verstrekken van financiering aan ziekenhuizen. Enerzijds wordt dit veroorzaakt door de kredietcrisis, waardoor kredietverlening in heel Nederland moeizamer is geworden, anderzijds is dit een direct gevolg van de toegenomen risico's voor ziekenhuizen.

Bij faillissement hoeft er niet op redding door de overheid gerekend te worden, inkomsten en resultaat staan steeds verder onder druk en waarborgen worden steeds moeizamer verstrekt. Daar komt nog eens bij dat accountants landelijk aangeven geen controleverklaring af te zullen geven op de jaarcijfers 2013 van ziekenhuizen.

Figuur 1 Langlopende schulden per bank, 2012

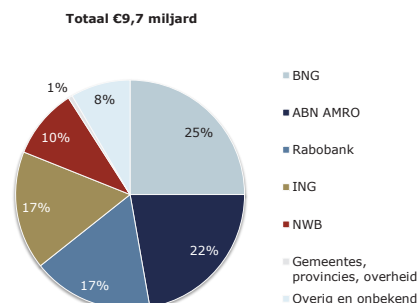
In % van totaal langlopende schulden bij de algemene ziekenhuizen



Per eind 2012 staat er in totaal €7,2 miljard aan langlopende leningen uit bij de 78 onderzochte ziekenhuizen. De totale exposure, inclusief de kredietruimte op kortlopende bancaire leningen bedraagt zelfs €9,7 miljard. De BNG Bank (in feite overheid) neemt met een kwart van alle financieringen een groot deel hiervan voor zijn rekening. Gezamenlijk met de NWB Bank en directe leningen van gemeentes, provincies en de rijksoverheid bedraagt de totale exposure van de overheid zelfs 36%, oftewel €3,5 miljard.

Figuur 2 Totale exposure per bank, 2012

In % van totale schulden bij de algemene ziekenhuizen



Als we de exposure van banken ten aanzien van de financiering van ziekenhuizen combineren met de analyse van de financiële performance, blijken de verhoudingen zoals gepresenteerd in de figuren 3 en 4.

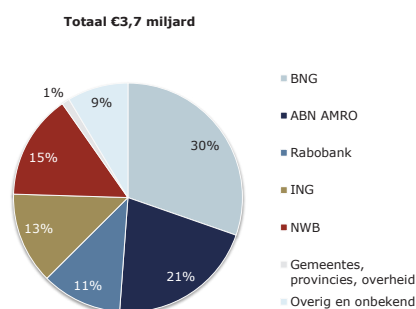
Hierbij dient wel vermeld te worden dat een deel van deze leningen verstrekt zijn met een waarborg van het Waarborgfonds van de Zorgsector ("WfZ"). De WfZ staat borg voor in totaal ca. €9,4 miljard, zowel ter financiering van ziekenhuizen als overige zorginstellingen, terwijl er ter dekking van deze borgstelling 'slechts' €200 miljoen in kas is. Indien er meer benodigd is, zullen allereerst de leden, die het zelf al financieel zwaar hebben, aangesproken worden. In het geval dat ook hiermee de dekking onvoldoende blijft, dient de overheid voor dekking zorg te dragen. Recent is uit het jaarverslag van het WfZ bekend geworden dat er inmiddels 30 deelnemers (9%) onder verhoogde bewaking staan en dat het aantal leden in de gevarenzone ('code rood') verdubbeld is van vier naar acht.

Enerzijds is het gezien de financiële staat van ziekenhuizen en de toegenomen risico's dus niet zo gek dat banken (en het WfZ) een terugtrekkende beweging maken. Anderzijds hebben zij wel een dermate grote exposure, dat het omvallen van een fors deel van de ziekenhuizen niet zonder grote kleerscheuren bij de banken en de overheid kan gebeuren. Bij enige

structurele verandering, van privatisering tot een mogelijke doorstart, zal de bank dan ook een flinke vinger in de pap hebben.

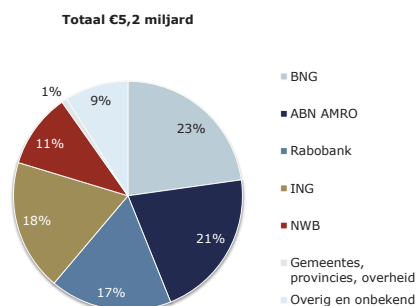
Figuur 3 Langlopende schulden per bank, 2012

In % van totaal langlopende schulden bij 40 ziekenhuizen in de gevarezone



Figuur 4 Totale exposure per bank, 2012

In % van totale schulden bij 40 ziekenhuizen in de gevarezone



Als laatste noot willen we nog kort stilstaan bij het bericht in het Financieel Dagblad van 24 februari 2014, waarin geopperd wordt dat ziekenhuizen die een certificaat behalen waaruit blijkt dat zij de declaraties op orde hebben, mogelijk het onderhanden werk volledig bevoorschot krijgen. Dit kan een bijzonder grote impact hebben op de financiële situatie bij ziekenhuizen, aangezien de totale onderhanden werk positie circa €1,5 miljard bedraagt. Tegelijkertijd vragen wij ons af of, zelfs als de declaraties bewezen op orde zijn, de verzekeraars zo ver willen gaan bij de ziekenhuizen die er financieel (zeer) zwak voor staan.

Disclaimer

Wij realiseren ons terdege dat veel ziekenhuizen sinds eind 2012 al verbeteringen hebben kunnen doorvoeren en hopen dan ook dat bij analyse van de 2013 cijfers een ander beeld ontstaat. De cijfers over 2013 zijn echter nog niet beschikbaar. Daarnaast geldt natuurlijk voor ieder ziekenhuis een unieke situatie en kunnen er veel invloeden hebben meegespeeld in de 2012 cijfers die niet bekend zijn en/of meegenomen konden worden in deze analyse. Voor een groot deel van de ziekenhuizen geldt overigens wel dat de organisatiestructuur (waarin belangen van bijvoorbeeld bestuur en specialisten niet parallel lopen) snel en daadkrachtig bijsturen zeer lastig maakt⁴.

⁴ Zie ook het artikel in deze sectorvisie over de medisch specialist als aandeelhouder

Bespreking recente ontwikkelingen

Meerdere ziekenhuizen hebben de afgelopen maanden veelvuldig het nieuws gehaald in verband met financiële problemen en oplossingen in de private sfeer. Hieronder een kort overzicht van de belangrijkste ontwikkelingen, waarbij bestuurlijke fusies overigens buiten beschouwing zijn gelaten.

LangeLand Ziekenhuis

In 2012 was het LangeLand Ziekenhuis in Zoetermeer het meest verlieslatende ziekenhuis van Nederland. Nadat verschillende reddingsplannen onderzocht zijn, onder andere met zorgondernemer Loek Winter, wordt in juli 2013 bekend dat er een reddingsplan komt van de zorgorganisatie Vierstroom (Fundis), de medisch specialisten, het Groene Hart Ziekenhuis en Vebego. In dit plan worden de medisch specialisten voor 20% aandeelhouder van het ziekenhuis. De ondernemingsraad van Fundis stapte echter naar de rechter om de overname te verbieden. In februari 2014 heeft de rechter de overname van het LangeLand Ziekenhuis door Fundis verboden, omdat aan een groot aantal opschortende voorwaarden niet voldaan was. Het LangeLand is vervolgens met meerdere partijen in gesprek gegaan over een alternatief reddingsplan. Recentelijk heeft het LangeLand een intentieverklaring getekend met de Stichting Reinier Haga Groep, om te onderzoeken of het LangeLand kan toetreden tot de Reinier Haga Groep.

Ruwaard van Putten

Vanaf 2010 begon het Ruwaard van Putten Ziekenhuis rode cijfers te schrijven. Oorzaken waren onder andere overcapaciteit in de regio, kritische zorgverzekeraars, financieringsdruk, personeelstekorten in de zorg en stijgende kosten. Eind 2012 werden de sterftcijfers van het ziekenhuis bekend gemaakt, wat ertoe geleid heeft dat de afdeling cardiologie gesloten moest worden en het ziekenhuis onder verscherpt toezicht kwam te staan. Op 24 juni 2013 werd het Ruwaard van Putten Ziekenhuis failliet verklaard. De curatoren hebben een schuld van ruim €42,5 miljoen geïnventariseerd, inclusief een lening van €27 miljoen

waarvoor het Waarborgfonds voor de Zorgsector garant stond. Drie ziekenhuizen uit de regio Rijnmond (Maasstad, Ikazia en het Van Weel-Bethesda) hebben uiteindelijk gezamenlijk het Ruwaard van Putten Ziekenhuis overgenomen. De naam is veranderd in zorginstelling Spijkenisse Medisch Centrum en er is fors gereorganiseerd. De focus van het Spijkenisse Medische Centrum komt te liggen op planbare zorg. De vrijgevestigde medisch specialisten zagen door het faillissement hun goodwill van circa €10 miljoen verdampen, naast circa €3 miljoen aan achterstallige betalingen van het ziekenhuis.

Rode Kruis Ziekenhuis

In 2012 stond het Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk aan de rand van faillissement. Door een reorganisatie, hulp van de zorgverzekeraars en een lening van de medisch specialisten is het faillissement afgewend en werd er in 2013 zelfs een positief resultaat behaald. Op vrijdag 14 februari 2014 werd bekend dat de stichting van het Rode Kruis Ziekenhuis wordt omgezet in een B.V. en dat de arbodienstverlener Zorg van de Zaak Netwerk een intentieverklaring heeft getekend om 75% van de aandelen te kopen. De overige 25% van de aandelen wordt door de medisch specialisten gekocht, die hiermee een doorslaggevende stem krijgen bij belangrijke besluiten.

Gemini Ziekenhuis

Door teruglopende zorgvolumes maakt het Gemini Ziekenhuis in oktober 2013 bekend dat het personeelsbestand met 10% wordt ingekrompen, 30% van de bedden verdwijnen en dat een gedeelte van het gebouw afgestoten wordt. Met deze ingreep wil het ziekenhuis zich omvormen tot basisziekenhuis, waarbij

de complexere ingrepen zullen worden uitgevoerd door het Medisch Centrum Alkmaar. In februari 2014 heeft het Gemini Ziekenhuis aan de gemeente Den Helder gevraagd om op korte termijn de grond terug te kopen die het ziekenhuis in 2010 voor €6 miljoen aankocht voor een nieuwbouw die geen doorgang heeft gevonden. De verkoop van de grond moet het Gemini Ziekenhuis helpen om weer financieel gezond te worden, hoewel wij, gezien de financiële staat van het ziekenhuis per eind 2012, betwijfelen of €6 miljoen veel verschil gaat maken.

Slotervaart Ziekenhuis

Het Slotervaartziekenhuis was in 2006 het eerste ziekenhuis in Nederland dat in private handen kwam. In 2012 kwam het Slotervaart ziekenhuis in de financiële problemen en werd er, ondanks een stijgende omzet, een verlies gemaakt van €2,1 miljoen. Daarnaast besloot ING het rekening-courantkrediet drastisch te verlagen

en zou het ziekenhuis in grote problemen komen als een direct opeisbare lening werd teruggevraagd. De MC Groep van zorgondernemer Loek Winter is op 31 december 2013 eigenaar geworden van het noodlijdend Slotervaart ziekenhuis, nadat hiervoor toestemming werd gegeven door de Ondernemingskamer. Winter heeft € 29 miljoen betaald voor het ziekenhuis, bestaande uit een koopsom voor de aandelen van €8,3 miljoen en de overname van een aandeelhouderslening ter hoogte van €20,7 mln. Een deel van de activa zijn direct doorverkocht aan het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis en daarnaast moet het ziekenhuis over 2014 structureel €8 miljoen bezuinigen omdat de transitieregeling wegvalt en het aantal behandelingen daalt. In het kader van de bezuinigingen zal Winter circa een derde van het Slotervaartziekenhuis gaan verhuren aan andere zorginstellingen en heeft het Slotervaartziekenhuis bekend gemaakt dat 137 van de 1100 banen zullen verdwijnen.



Investeerders en winstuitkering

Diverse ontwikkelingen zoals de huidige financiering van ziekenhuizen, banken die een terugtrekkende beweging maken en het gegeven dat het niet meer vanzelfsprekend is dat de overheid ingrijpt om een faillissement van een ziekenhuis te voorkomen, leiden ertoe dat (een deel van de) Nederlandse ziekenhuizen op zoek moeten naar private investeerders om hun activiteiten te financieren. Nieuwe bancaire financiering ophalen zal voor een groot deel van de ziekenhuizen namelijk zeer lastig zijn, zoals eerder in dit stuk uitgebreid besproken. Ondanks de noodzaak van privaat geld in de zorgbranche zijn private investeerders zoals private equity partijen en informal investors nog terughoudend met investeren in zorginstellingen.

Winstuitkeringsverbod

Een van de voornaamste redenen voor deze terughoudendheid is dat er, naast onzekerheid over toekomstige inkomsten door constant veranderende wet- en regelgeving, in Nederland voor medisch-specialistische zorginstellingen nog steeds een winstuitkeringsverbod geldt. Begin 2012 is een wetsvoorstel ingediend dat het mogelijk moest maken dat medisch-specialistische instellingen onder strikte voorwaarden winst konden uitkeren aan hun leden of aandeelhouders. Deze voorwaarden moesten ertoe leiden dat mogelijk negatieve effecten van winstmaximalisatie, zoals overmatige kostenreductie, afstoten van minder winstgevende zorg, patiëntselectie en overbehandeling, geminimaliseerd werden. De belangrijkste randvoorwaarden waren:

- de eerste 3 jaar mag er geen winst uitgekeerd worden
- daarna mag winstuitkering uitsluitend plaatsvinden indien de zorginstelling voldoet aan de gestelde liquiditeits- en solvabiliteitseisen
- het bestuur van de zorginstelling dient het winstuitkeringsvoorstel goed te keuren
- de Raad van Toezicht dient gehoord te worden over het voornemen tot winstuitkering
- voordat er winst uitgekeerd wordt, zal de IGZ toetsen of de zorginstelling voldoet aan alle eisen met betrekking tot kwaliteit en veiligheid

Ondanks deze randvoorwaarden hebben diverse fracties in de Eerste Kamer zich verzet tegen het

opheffen van het winstuitkeringsverbod. Dit heeft ertoe geleid dat het wetsvoorstel tot winstuitkering onlangs is ingetrokken en de onzekerheid bij binnenlandse en buitenlandse private investeerders weer terug is.

Winstuitkering versus kwaliteit van de zorg

Waarom de politiek nog altijd twijfelt over het winstuitkeringsverbod blijft, onder andere gezien de positieve ervaring in andere Europese landen en het positieve advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, nog een raadsel en lijkt volledig gebaseerd te zijn op partijpolitiek¹. De zorg dat privatisering de kwaliteit aantast omdat private investeerders uit zijn op winst en dit niet samen gaat met het leveren van de best mogelijke behandeling voor een patiënt, lijkt namelijk niet terecht. Winst en kwaliteit hoeven elkaar niet te bijten, kwaliteit kan juist een mechanisme zijn om winstgevender te worden. Als een privaat ziekenhuis in staat is om uit te blinken op het gebied van kwaliteit van zorg door bijvoorbeeld innovaties en betere of snellere dienstverlening kan het ziekenhuis meer patiënten behandelen en de apparatuur en het personeel efficiënter benutten. Dit levert zowel voor de patiënt als de aandeelhouder voordelen op in de vorm van betere kwaliteit zorg tegen een lagere prijs. Zodra winst ten koste gaat van kwaliteit, komt de continuïteit van het ziekenhuis in gevaar en loopt een private investeerder het risico dat de waarde van zijn investering nihil wordt.

¹ De CDA en PVV waren tot de start van de huidige kabinetsperiode voorstander, maar zijn nu tegen. De PvdA was daarentegen eerst tegen en nu voor.

Niet houdbaar

Naar onze mening is het tegenhouden van het winstuitkeringsverbod niet houdbaar in een tijd waarin grote behoefte is aan private investeringen in de zorg. Zolang het winstuitkeringsverbod gehandhaafd blijft, zullen private investeerders op afstand blijven. In tegenstelling tot de huidige situatie waarin gezocht wordt naar alternatieven om rendement te realiseren, is het in het belang van alle stakeholders dat er toegewerkt wordt naar een transparant systeem dat winstuitkering toestaat onder strikte voorwaarden.



Medisch specialist als aandeelhouder

De afgelopen maanden is er veel te doen om de invoering van de integrale bekostiging en de effecten hiervan voor medisch specialisten. Een bataljon aan adviseurs, zorgspecialisten en direct betrokkenen laat zich uit over de wijze waarop medisch specialisten zich moeten organiseren. Aangezien vrijwel alle partijen weinig voordelen zien in een loondienstmodel en de medisch specialisten hier al helemaal niet op zitten te wachten, concentreert de discussie zich op adviezen richting een samenwerkingsmodel of een participatiemodel. Hoewel het voor medisch specialisten (en voor de ziekenhuisorganisatie) van groot belang is dat er voor 1 januari 2015 een nieuwe structuur is en het samenwerkingsmodel gemakkelijker te realiseren lijkt, breken wij toch graag een lans voor het participatiemodel. Hoewel de fiscale behandeling van de vrijgevestigde medisch specialisten per 1 januari 2015 de directe aanleiding is voor de huidige discussies, zijn er in beginsel veel meer en betere redenen voor medisch specialisten en de ziekenhuisorganisatie om een aandelenparticipatie van de medisch specialisten na te streven. Het door velen aangehaalde standpunt dat het participatiemodel “de prullenbak in kan” omdat het winstuitkeringsverbod niet op korte termijn lijkt te vervallen, delen wij dan ook niet.

De belangrijkste reden om een participatiemodel na te streven, nu of in de toekomst, is het gelijkrichten van de, momenteel vaak tegengestelde, belangen van de medisch specialist en de ziekenhuisorganisatie. Hieronder geven wij de belangrijkste beweegredenen weer.

Doelmatigheid in continue veranderende zorgmarkt

Door de belangen van de medisch specialisten en die van het ziekenhuis op één lijn te brengen kan er slagvaardiger worden gereageerd op de snel veranderende omstandigheden in de zorgmarkt, door onder andere het maken van strategische keuzes in het zorgaanbod. Daarnaast krijgen medisch specialisten ook meer belang bij de kostenkant van het ziekenhuis met als gevolg een efficiënter ingerichte organisatie en doelmatigere zorgverlening.

Betrokken en verantwoordelijke medisch specialisten

Omdat de belangen van alle medisch specialisten veel meer gelijkgericht worden door een gezamenlijke participatie in het ziekenhuis, ontstaat er meer betrokkenheid tussen de diverse medische disciplines en zullen er eerder multidisciplinaire samenwerkingen ontstaan. De grotere betrokkenheid zorgt ook voor een kritischere houding van medisch specialisten ten opzichte van elkaar en biedt een unieke kans om de huidige organisatie tegen het licht te houden.

Betere kwaliteit medisch specialistische zorg

Om te komen tot betere kwaliteit van de medisch specialistische zorg is meer input van de kernprofessionals van het ziekenhuis nodig – zij moeten zorgen voor innovatie ter verbetering van de kwaliteit en de veiligheid van de zorg, zowel op organisatorisch als medisch inhoudelijk vlak. Om dit effectief te bewerkstelligen is een betere integratie nodig op bestuurlijk vlak en zullen waarschijnlijk de in het ziekenhuis aanwezige specialismen anders georganiseerd moeten worden, waar een breed draagvlak van de medisch specialisten voor nodig is.

Verbinden van corporate en clinical governance¹

Door medisch specialisten eigenaar te maken van het ziekenhuis, zijn ze ook echt verantwoordelijk voor het ziekenhuis. Nu kunnen medisch specialisten namelijk nog “in- en uitstappen” wanneer het hen uitkomt (hinder- en weigermacht). De verantwoor-

¹ Schraven Th.P.M. “Over governance in de zorg en de medisch specialist als eigenaar van het ziekenhuis”

delijkheid van het ziekenhuisbestuur en de Raad van Toezicht neemt echter steeds verder toe en corporate governance en clinical governance worden dan ook steeds verder geïntegreerd. Hiermee moet de medisch specialist steeds meer integreren in het ziekenhuis. Een logisch gevolg is dan ook dat de medisch specialist echt het eigenaarschap van het ziekenhuis op zich neemt in plaats van aan de zijlijn te blijven staan, om zo de verantwoordelijkheid voor professionele kwaliteit beter waar te kunnen en moeten maken. Overigens is het wel van cruciaal belang voor een 'doctor-owned hospital' dat de organisatie op de juiste wijze en met de juiste governance structuren opgezet wordt.

Medisch specialist is een lange termijn aandeelhouder

Medisch specialisten zijn persoonlijk betrokken bij het ziekenhuis en laten het patiëntbelang altijd prevaleren. Dit maakt medisch specialisten strategisch gezien betere investeerders voor het ziekenhuis dan andere private investeerders. Omdat medisch specialisten persoonlijk betrokken zijn, zullen zij niet uit zijn op korte termijn gewin maar zijn zij lange termijn aandeelhouders. Daarnaast is het niet ondenkbaar dat de waarde van de aandelen een onderdeel vormt van het pensioen van de medisch specialisten. Dit verhoogt het belang van de medisch specialisten bij een ziekenhuis dat op de lange termijn waarde creëert. De waarde van de aandelen wordt namelijk bepaald aan de hand van toekomstige kasstromen.

Betere investeringsbeslissingen

Doordat de belangen van de medisch specialisten allemaal op één lijn zitten, verdwijnen de belangengestellingen tussen de verschillende specialismen, met als gevolg dat er niet langer per specialisme wordt geïnvesteerd maar dat de beste investeringen voor het gehele ziekenhuis doorgang zullen vinden.

Betere onderhandelingen met zorgverzekeraars

Door het op één lijn brengen van de belangen van het ziekenhuis en de medisch specialisten kan er sterker (op geïntegreerde basis) met de zorgverzekeraars worden onderhandeld.

Minister Schippers

Over participatie van medisch specialisten in het Rode Kruis Ziekenhuis: "Dat een arts die niet in loondienst is, naast de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit ook verantwoordelijkheid neemt voor de financiële prestaties van het ziekenhuis, vind ik geen slechte zaak. Hierdoor komen namelijk de belangen van het ziekenhuis en de arts meer op een lijn te liggen, bijvoorbeeld op het vlak van investeringen en innovaties, specialisatie, transparantie en doelmatigheid."

Staatssecretaris Van Rijn

Over participatie van medisch specialisten in het LangeLand ziekenhuis: "Deze grotere gelijkgerichtheid, overigens ook een belangrijk doel van de per 2015 voorziene invoering van integrale tarieven in de medisch specialistische zorg, heeft naar verwachting een positief effect op de interne organisatie en de kwaliteit en doelmatigheid van de te leveren medisch specialistische zorg."

Over ons



Lexsigma Healthcare is een Amsterdams kantoor dat gespecialiseerd is in de zorgsector. Lexsigma Healthcare ondersteunt haar cliënten op juridisch en strategisch gebied ten aanzien van een breed scala van onderwerpen en thema's, waaronder vastgoed, personeel, geschillen tussen of binnen maatschappen van medische specialisten, bekostiging en financiering van de zorg, begeleiding en juridische implementatie van samenwerkingen in de zorg (fusies en overnames, private equity).

Lexsigma Healthcare is hierbij: een gesprekspartner voor de Raad van Bestuur voor strategische zaken, de onderhandelaar namens haar cliënten met verzekeraars en zorgkantoren, de steun voor haar cliënten bij het ontwerpen en uitvoeren van onverhoopte (personele) reorganisaties en de procesbegeleider voor financieringen, private equity investeringen, fusies, overnames en samenwerkingen in de zorgsector.

Onder haar cliënten bevinden zich ZBC's, ziekenhuizen en maatschappen van medische specialisten.

Contactgegevens

LEXSIGMA Healthcare
Barbara Strozzilaan 101
1083 HN Amsterdam
T: +31 (0)20 894 0700
www.lexsigma-healthcare.nl

Contactpersonen

Henk Brat
henk.brat@lexsigma.nl
Elly Koning
elly.koning@lexsigma.nl



Lindenaar & Co is een onafhankelijk corporate finance kantoor met een leidende positie binnen de Nederlandse mid-market. Wij zijn gespecialiseerd in financieel en strategisch advies op het gebied van fusies en overnames, financieringen, kapitaalmarkttransacties en overige financieel-strategische vraagstukken.

Met senior-level aandacht op ieder project dat Lindenaar & Co onderneemt bieden wij onze klanten jarenlange ervaring op het gebied van corporate finance transacties en toegang tot een uitgebreid netwerk.

Vanuit ons kantoor in Utrecht levert Lindenaar & Co haar diensten aan een brede groep klanten die op zoek zijn naar onafhankelijk advies van hoge kwaliteit. Reeds enkele jaren is Lindenaar & Co actief in de zorgsector. Zo hebben wij in het verleden onder andere de succesvolle verkoop van een private GGZ instelling begeleid en adviseren wij momenteel bij de verkoop van een toeleverancier aan de zorgsector en bij een mogelijke participatie van specialisten in een ziekenhuis.

Contactgegevens

Lindenaar & Co Corporate Finance B.V.
Maliesingel 38
3581 BK Utrecht
T: +31 (0)30 223 2100
www.lindenaar-cf.com

Contactpersonen

Erik Ingeneeger
erik@lindenaar-cf.com
Jacqueline Spronken
jacqueline@lindenaar-cf.com