

## Aandeelhouder worden van het eigen ziekenhuis?

### Inleiding / samenvatting

In contacten met medische staven en stafcollectieven wordt wel geopperd dat het misschien aantrekkelijk is om aandeelhouder te worden van het eigen ziekenhuis. Wijzigingen in de bekostiging van ziekenhuizen en de toekomst van de vrije vestiging van medisch specialisten zijn voor de hand liggende motieven. Op de achtergrond spelen onzekerheden over ontwikkeling van het gezondheidszorgstelsel en over de positie van ziekenhuizen.

In dit artikel

- schetsen we enkele achtergronden,
- gaan in op de motieven voor aandeelhouderschap en
- verkennen we de condities waaronder de nieuwe weg wellicht in te slaan.

Tegen de achtergrond van welke ontwikkelingen wordt dit thema actueel?

Het hoofdlijnenakkoord dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars met VWS sloten beperkt de groeiimte voor ziekenhuizen voor de komende jaren tot 2,5%. Door het stopzetten van verevening via de centrale kas zullen zorgverzekeraars méér zorg willen inkopen voor mínder geld. Professionele kwaliteitseisen betekent concentratie van specialistische zorg in minder ziekenhuizen en mogelijk juist spreiding van basiszorg, ook buiten de ziekenhuizen, bijv. in de 1½ lijn-zorg. Dure infrastructurele ziekenhuisfuncties zoals IC, hoogwaardige spoedeisende zorg en klinische verloskunde maken samenwerking en taakverdeling tussen ziekenhuizen noodzakelijk. In de planbare zorg zal de rol van eigenstandige en aan ziekenhuizen verbonden ZBC's waarschijnlijk verder groeien. Afhankelijk van hun omvang, specifieke deskundigheid, eventueel topklinisch profiel, worteling en samenwerkingsrelaties in de regio, zullen ziekenhuizen hierdoor sterker van elkaar gaan verschillen, zeker als zorgverzekeraars werk gaan maken van selectieve inkoop op basis van kwaliteit.

Het convenant van Orde, ZN en VWS over het honorariumbudget bevat tot 2015 een jaarlijkse groeiimte van 2,5%. Het stafcollectief in elk ziekenhuis kent voor het vaste en variabele honorariumbudget een verdeelmodel. Vanaf 2015 zullen de vergoeding voor ziekenhuiszorg en het honorarium voor medisch specialisten als één declaratiebedrag worden vergoed. Ziekenhuis en stafcollectief zullen met elkaar afspraken moeten maken over de verdeling van de inkomsten. Beide partijen hebben elkaar nodig om een gunstig resultaat te realiseren. Het belang dat vrijevestigden tot nu toe hebben bij de *omzet* en in de overgangperiode bij het *vullen van het honorariumbudget*, krijgt vanaf 2015 een ander karakter. Zowel de productieafspraken met zorgverzekeraars, als de realisatie hiervan tegen lagere kosten bepalen het gezamenlijk resultaat van ziekenhuis en vrijevestigde staf. De convergentie van ziekenhuisbekostiging en specialisteninkomens heeft dus ingrijpende gevolgen. Dit is het geval zonder dat iets verandert in de eigendomsverhoudingen rond ziekenhuizen.

De meeste ziekenhuizen hebben de vorm van een stichting, met een Bestuur en een Raad van Toezicht. Over de *governance* van semi-publieke instellingen, zoals ziekenhuizen, is al langere tijd discussie gaande. Deze concentreert zich op vragen als *van wie is het ziekenhuis eigenlijk? En hoe kan effectief toezicht uitgeoefend worden op zulke complexe organisaties?*

Deze vragen zijn actueel als ziekenhuizen in problemen komen door bestuurscrises of een dreigend faillissement, dan wel bij fusie of overname door een andere eigenaar. In het laatste geval is het bepalen onder welke condities en tegen welke prijs het eigendom overgaat een complex proces omdat vaak vele partijen: ziekenhuisstichtingen, zorgverzekeraars, banken, gemeenten, provincie en VWS er geld in hebben gestoken. Crisissituaties laten zien dat een veelheid aan stakeholders met verschillende belangen geen garantie biedt voor optimale besturing van ziekenhuizen. Governancecodes ten spijt, als het misgaat blijkt het toezicht feilen te vertonen. Dit is een van de aanleidingen om kritisch te kijken of de stichtingsvorm voor ziekenhuizen in de huidige omstandigheden wel de meest geschikte is.

Waarom zou een stafcollectief aandeelhouder willen worden?

Er zijn grofweg twee motieven voor een stafcollectief om een aandeel te ambiëren in het eigen ziekenhuis: Je kunt het doen voor de *winst* of voor het garanderen van de *invloed*.

De inzet van het wetsontwerp dat winstuitkering van zorginstellingen mogelijk moet maken is vrij voorzichtig en kent diverse voorwaarden die het minder aantrekkelijk maken voor professionele investeringsfondsen, zoals de termijn van drie jaar voor tot winstuitkering kan worden overgegaan. En het is onzeker of het wetsontwerp, politiek controversieel verklaard, verder wordt behandeld. Zeker als het wetsontwerp nog wordt aangepast, zal hoe dan ook de te realiseren winst beperkt zijn. Voor een stafcollectief zullen waarschijnlijk andere overwegingen zoals continuïteit de overhand hebben op dividend perspectieven.

Invloed is een ander en wellicht realistischer motief. Denk aan het omzetten van de stichtingsvorm in een BV en de benoeming van commissarissen van de BV en via deze de benoeming van bestuurders. Het ligt voor de hand dat ter gelegenheid van de omzetting in een BV de zakelijke verhoudingen strakker geregeld worden dan in de stichting het geval was en dat mede daardoor het beleid ten aanzien van het te leveren zorgaanbod, het 'profiel van het ziekenhuis' én het zo mogelijk afstoten van minder rendabele zorg scherper geformuleerd worden. En dat in een zakelijk bestuur van het ziekenhuis sterker zal worden gestuurd op omzet en marges.

Nu is de praktijk dat de *medische staf* invloed heeft op de benoeming van bestuurders, maar veelal niet bij de benoeming van leden van de RvT's. Het *Stafcollectief* heeft nu geen formele positie. Een risico van wijziging van de formele posities kan trouwens zijn dat spanning optreedt tussen het stafcollectief en de stafleden in dienstverband wier invloed via de medische staf inboet. Ook kan over de mate van invloed strijd gaan ontstaan met andere stakeholders, zoals het bestuur van de oorspronkelijke stichting van het ziekenhuis dat de andere commissarissen benoemt of bijvoorbeeld de ondernemingsraad.

Heldere zakelijke verhoudingen zullen zeker kunnen bijdragen aan een duidelijk beleid. Het schept ook mogelijkheden voor andere partijen dan een stafcollectief om een aandeel te nemen in het ziekenhuis, bijvoorbeeld zorgverzekeraars.<sup>1</sup> Een stafcollectief doet er goed aan zich er goed rekenschap van te geven wat het wil bereiken met het aandeelhouderschap en of dat daarvoor de meest effectieve manier is.

Hiervoor wezen we al op de mogelijkheid van spanningen (stafcollectief vs. Medische Staf of dienstverbanders, met andere stakeholders), andere punten om te overwegen zijn:

- ▲ Is het stafcollectief in staat om voor de middellange termijn helder te formuleren welke doelstellingen te bereiken met het ziekenhuis? Denk hierbij aan beslissingen over groei en krimp van bepaalde ziekenhuisfuncties en belangentegenstellingen die dit kan oproepen, een nogal dringende test voor de coherentie binnen het collectief.
- ▲ De verhouding van een aandeelhouder ten opzichte van RvC en Bestuur van het ziekenhuis is een principieel andere dan geldt voor die van stafcollectief – ziekenhuisbestuur. In het 'geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf' (voor de Medische Staf) en in het convenant over de honoraria, respectievelijk de wijziging van de WMG (voor de 'aan' het ziekenhuis declarerenden) zijn weliswaar ook stappen in richting van integratie gezet, maar hier zijn echt nieuwe verhoudingen aan de orde.

Waar zoal rekening mee te houden en waar als stafcollectief aan te voldoen?

Na de ongekende groei van de curatieve zorg in de afgelopen 10-15 jaar<sup>2</sup> zijn de perspectieven voor de komende jaren, met twee convenanten en een macrobeheersinstrument in de steigers, die van een beperkte, beheerste groei. Hoe dan ook zal de invloed van zorgverzekeraars groter worden in niet alleen het bestemmen van de groeiruimte, maar ook in het herverdelen van omzetten tussen ziekenhuizen.

Het is voor een stafcollectief dat overweegt 'in het eigen ziekenhuis te stappen' van groot belang een analyse te maken van de huidige en toekomstige *marktpositie* van het ziekenhuis, zowel wat betreft het eigen potentieel, als van de concurrentie.

De uitkomst van de analyse kan leiden tot de beslissing om te willen participeren, maar kan bijvoorbeeld ook een impuls geven om met een ander ziekenhuis verregaand te gaan samenwerken of te fuseren.

Een financieel gezonde ziekenhuis-BV heeft behoefte aan voldoende kapitaal – invloed is gekoppeld aan wat partijen inbrengen, in relatie tot de waarde van het ziekenhuis. Het bepalen van die waarde blijkt afhankelijk van de omstandigheden lastig te zijn. Aandeelhouder worden heeft zakelijk en vanwege de beleidsinvloed o.i. alleen zin met een flink minderheidsaandeel.

Dat zal dan door het collectief van vrijgevestigden opgebracht moeten worden. Als over de inzet en het te realiseren beleid voldoende overeenstemming bestaat, is dit besluit als het ware de lakmoesproef voor de aspirant-aandeelhouder.

Om er een succes van te maken moet het stafcollectief, eenmaal aandeelhouder geworden, effectief zijn rol ten opzichte van bestuur en commissarissen uitoefenen. Dit betekent onder meer dat de interne structuur en besturing van het collectief voldoende hecht moeten zijn om met gezag standpunten te kunnen innemen. Goed met elkaar gedeelde verwachtingen en een langere termijn focus dragen hier zeker aan bij. Als vaker ligt het geheim van het succes in de voorbereiding van het avontuur én in het delen van realistische verwachtingen.

Frank Leguijt is zelfstandig adviseur beleid en organisatie in de gezondheidszorg.

---

1 Ondanks een principieel positief advies over deze mogelijkheid van de door VWS ingestelde commissie Baarsma, wil minister Schippers dit blokkeren; een daartoe strekkend wetsontwerp wordt voorlopig niet behandeld.

2 Met bijvoorbeeld een toename met 30% van het aantal werkzame medisch specialisten in de periode 2000 tot 2010, vergelijk Capaciteitsorgaan, Capaciteitsplan 2010 medisch en klinisch technologische specialisten, Utrecht, december 2010, pagina 11.