

Assesering van Professionele Bevoegdheid November 2015

Voorafvrygestelde inligting

Item	Titel	Bladsy
Dokumentasie van D Artz & Kie (Geregistreerde Ouditeursfirma)		
E-pos	E-pos vanaf aanstellingsouditvennoot aan ouditsenior gedateer 6 November 2015 (audit van Arubah)	2
Oudit werkspapier A-100	Begrip van die entiteit en sy omgewing	3–7
Oudit werkspapier A-320	Arubah se inligtingstelsel	8
Dokumentasie van Arubah Healthcare (Edms) Bpk		
Aanhangsel A	Opgesomde bestuurstate en begroting	9–12
Aanhangsel B	E-pos vanaf Needham aan Malcolm gedateer 4 November 2015 (SAID)	13
Aanhangsel C	E-pos vanaf Needham aan Finansiële Rekenmeester gedateer 5 November 2015 (inkomstestelsels)	14–17
Aanhangsel D	E-pos vanaf Needham aan Finansiële Rekenmeester gedateer 12 November 2015 (dagklinieke)	18–19
Aanhangsel E	E-pos vanaf Malcolm aan Needham gedateer 13 November 2015 (prokureur se brief)	20–22

E-POS VANAF AANSTELLINGSOUDITVENNOOT AAN OUDITSENIOR

Vanaf: Joe Tick **Gestuur:** Vry 6 November 2015 10:20vm
Aan: Andrew Hart
Onderwerp: Oudit van Arubah Healthcare (Edms) Bpk

Beste Andrew

Na jou onlangse aanstelling as die ouditsenior van die 2015 oudit van Arubah Healthcare (Edms) Bpk ('Arubah'), wil ek jou binne die volgende paar dae sien om die beplanning van hierdie oudit te bespreek – reël asb. 'n tyd vir so 'n ontmoeting met my sekretaresse.

Ter agtergrond (aangesien jy nog nie voorheen by hierdie oudit betrokke was nie) – D Artz & Kie is reeds die afgelope drie jaar die Geregistreerde Ouditeur van Arubah en, na ons heraanstelling by Arubah se mees onlangse algemene jaarvergadering, is 'n span gedurende September 2015 toegewys om met die beplanning van die oudit vir die finansiële jaar geëindig 30 September 2015 te begin.

Tot op datum is die volgende werkspapiere vir die oudit van Arubah voorberei (aangeheg):

- Begrip van die entiteit en sy omgewing (A-100); en
- Arubah se inligtingstelsel (A-320).

Die ouditspan het in September 2015 op versoek van Arubah slegs twee weke by die kliënt deurgebring omdat daar personeelbeperkings in die finansiële afdeling was en die kliënt op die voorbereiding van die 2015 finansiële jaarstate gefokus het. Hierdie span is egter nou toegewys aan 'n ander kliënt en gevolglik is 'n nuwe span (wat jou insluit) aan hierdie oudit toegewys.

Aangesien die kliënt graag wil hê dat die ouditverslag teen middel Januarie 2016 uitgereik moet word, is dit noodsaaklik dat ons binnekort met die assessering van die risiko van wesenlike wanvoorstelling begin. Ek wil hê dat jy die risiko-assessering vir die inkomstetransaksielas prioritiseer, want laas jaar is die ouditfooi oorskry omdat ons risiko-assessering vir 'n aantal van die inkomsteverwante stellings 'hoog' was. Nodeloos om te sê, die kliënt was redelik ongelukkig hieroor.

Gedurende 'n onlangse vergadering het die kliënt terloops genoem dat daar sekere bykomende dienste is wat hy wil hê ons moet verrig (hy het geen verdere besonderhede verskaf nie) en ons sal hulle dus binnekort moet ontmoet om 'n beter begrip te verkry van wat beoog word. Dit sou fantasties wees as ons kan help, maar ons sal moontlik tot die einde van Desember 2015 personeelbeperkings hê wat 'n invloed kan hê op die aanvaarding van enige nuwe werk.

Terloops, die professie word gekritiseer omdat openbaarmakings met standaardbewoording (Eng: 'boilerplate') toegelaat word. Ek het onlangs op 'n interessante artikel op die web afgekom (by <https://www.accountancylive.com/investors-reject-boilerplate-accounting-policy-disclosures>) en het gewonder of dit nie in ons toekomstige audits meer aandag moet kry nie. Wat is jou mening hieroor?

Groete
Joe

Joe Tick GR(SA)
Geregistreerde Ouditeur
Vennoot: D Artz & Kie
Tel no.: 011 555 5555

Kliënt: Arubah Healthcare (Edms) Bpk	Jaareinde: 30 September 2015	A-100
Vorberei deur: B Clarke	Datum: 18 September 2015	
Nagesien deur:	Datum:	
Onderwerp: Begrip van die entiteit en sy omgewing		

1 MAATSKAPPYGESKIEDENIS

Arubah is in 1997 deur dr Michael Kennedy gestig en sy familietrust bly 'n sleutel-aandeelhouer. Op daardie tydstip was die visie vir Arubah om 'n privaat hospitaalgroep tot stand te bring om hoëkwaliteitsorg aan pasiënte in die Gautengprovinsie te bied.

2 AARD VAN BESIGHEID

Arubah lewer akute sorg by sy twee hospitale in Pretoria en by een wat in Kempton Park geleë is. Die maatskappy het in totaal 345 algemene saalbeddens en 24 intensiewe-sorgeenheid- (ISE-) beddens. Die fokus is op die lewering van dienste aan pasiënte wat aan 'n mediese skema behoort en hospitaalsorg (Eng.: 'inpatient care') benodig. Ongeveer 75% van pasiënte wat in die 2014 finansiële jaar ('FJ2014') opgeneem is, het chirurgie by Arubah se hospitale ondergaan.

Die drie hospitale (insluitend die apteke wat in elk geleë is) word bedryf as afdelings van dieselfde maatskappy en is nie as afsonderlike maatskappye geïnkorporeer nie.

Die Arubah-hospitale het nie ongevalle- en trauma-eenhede nie, maar bied die volgende spesialiseringe:

- Dermatologie
- Oor, neus en keel
- Gastroënterologie
- Algemene chirurgie
- Ginekologie
- Maksillofasiale chirurgie
- Neurologie
- Oftalmologie
- Ortopedie
- Urologie.

'n Interessante aspek van die privaathospitaalindustrie is dat verhoudings met pasiënte aanvanklik indirek is. Dokters verwys pasiënte vir behandeling by hospitale en gevolglik word opnamevlakke deur verhoudings met dokters beïnvloed. Arubah neem nie dokters in diens nie, maar verhuur wel kantoorspasie in sy hospitale aan algemene praktisyns en mediese spesialisdokters (dokters wat gevorderde onderrig en praktiese opleiding in spesifieke mediese areas voltooi het). Patologie- en radiologiepraktyke huur ook ruimte in Arubah se fasiliteite.

Arubah lok dokters en hul pasiënte na hul fasiliteite op grond van hul reputasie, ligging van die hospitale, die kwaliteit van die toerusting en teaters, en diens wat gelewer word. Dr Kennedy het in 1997 die strategiese besluit geneem om aandeelhoudings in Arubah aan te bied aan spesialisdokters wat vanuit Arubah se fasiliteite werk. Alhoewel die kriteria vir die aanbidding van aandeelhoudings aan spesialisdokters aan Arubah se direksie oorgelaat word, is die lank bestaande praktyk om aandele aan te bied aan spesialisdokters wat –

- vir ten minste vyf jaar ruimte by Arubah gehuur het;
- die meeste van hul pasiënte na Arubah-hospitale verwys indien hulle chirurgie of hospitaalsorg benodig; en
- hoëkwaliteitsdienste aan pasiënte lewer.

Die bostaande praktyk dat spesialisdokters aandeelhouers van Arubah is, het daartoe gelei dat die maatskappy verseker van sy mark is.

Arubah het verhoudings met die administrateurs van al die groot mediesehulpfondse in Suid-Afrika wat mediesehulpfondse administreer. Mediesehulpfonds-administrateurs het die mag om te beïnvloed waar pasiëntsorg plaasvind. Daar word jaarliks met hierdie administrateurs onderhandel oor tariewe met betrekking tot kostes vir die komende jaar vir sorg gelewer aan versekerde pasiënte. Die oorgrote meerderheid pasiëntrekeninge word direk deur mediesehulpfondse vereffen en dus is verhoudings met mediesehulpfonds-administrateurs van kritieke belang vir die voortgesette sukses van die maatskappy. Gelukkig het Arubah 'n goedgevestigde reputasie by die meeste mediesehulpfondse vir die lewering van hoëkwaliteit gesondheidsorgdienste terwyl mediese kostes onder beheer gehou word.

Arubah besit nie die eiendom vanwaar sy hospitale bedryf word nie. Dit word gehuur by Arubah Properties (Edms) Bpk ('Arubah Properties), 'n eiendomsmaatskappy beheer deur die Kennedy Familietrust.

3 INKOMSTEMODEL

Arubah faktureer pasiëntsorg gegrond op twee verskillende modelle:

- 3.1 Vaste fooi vir diens – 'n vaste bedrag vir omskrewe behandelings waar die verwagte duur van behandeling hoogs voorspelbaar is. Die vaste fooi vir dienste sluit die teaterkoste, farmaseutiese en chirurgiese voorraad, gebruik van toerusting en saalfooie in. In hierdie inkomstemodel dra Arubah die risiko van afwykings in die koste van die chirurgiese prosedures (afgesien van die prys van die farmaseutiese voorraad) en die verblyftydperk.
- 3.2 Fooi vir diens – Arubah faktureer die pasiënt vir al die kostes vir sorg, insluitend saalfooie, teaterkoste, gebruik van toerusting en farmaseutiese en chirurgiese voorraad. Arubah dra geen risiko in verband met die verblyftydperk van pasiënte of die kostes van chirurgiese prosedures nie.

Ongeveer 50% van Arubah se inkomste word verkry uit vaste-fooi-vir-diensooreenkomste en die res uit fooi-vir-diensooreenkomste.

Die rekeningkundige hantering van inkomste sal, in die lig van Arubahbestuur se bekommernisse in verband met die inkomstestelsel en 'n beplande nuwe inligtingstelsel, 'n fokusarea in vanjaar se oudit wees.

Arubah het besluit om nie IFRS 15 *Revenue from Contracts with Customers* vroeër as die verpligte datum van inwerkingtreding van 1 Januarie 2018 toe te pas nie.

4 AANDEELHOUERS EN DIREKTEURE

Die aandeelhouers van Arubah op 31 Augustus 2015:

Aandeelhouers	Getal aandele gehou	% aandeelhouding
Gewone aandele sonder pariwaarde		
Kennedy Familietrust	425 350	50,1%
Dr Harlan Connelly	45 000	5,3%
Dr Douglas Finder	39 903	4,7%
Dr Joseph Coben	39 903	4,7%
Dr Julius Sexwale	39 903	4,7%
Dr Precious Njeke	35 000	4,1%
Ander spesialisdokters	223 941	26,4%
	849 000	100,0%
Klas A gewone aandele		
DOC Investment Holdings Bpk	151 000	100,0%

DOC Investment Holdings Bpk ('DOC') is 'n konsortium van hoëprofiel swart sakemanne en vroue wat nie in diens van Arubah is of mediese spesialisdokters is wat dienste in Arubah-hospitale lewer nie. Hulle is bloot strategiese beleggers wat waarde kan toevoeg.

Daar word van spesialisdokters wat aandele in Arubah besit, vereis om hul aandele aan die oorblywende aandeelhouers aan te bied wanneer hulle aftree of na hospitale buite Arubah verhuis. Die akte van oprigting en aandeelhouerssooreenkoms van Arubah reguleer die inskrywing op aandele in die maatskappy en ook die aankoop en verkoop van sy aandele.

Die direkteure van Arubah is soos volg:

Nie-uitvoerende direkteure	Voordelige belang?*	Tydperk van diens
Dr Michael Kennedy (Voorsitter)	Ja	19 jaar
Dr Harlan Connelly	Ja	15 jaar
Dr Douglas Finder	Ja	8 jaar
Dr Joseph Coben	Ja	8 jaar
Dr Julius Sexwale	Ja	8 jaar
Dr Precious Njeke	Ja	4 jaar
Me Nicola Inqayi**	Ja	3 jaar
Mnr Peter Mabohlale**	Ja	3 jaar
Uitvoerende direkteure	Voordelige belang?*	Tydperk van diens
Mnr Brendan Malcolm (HUB)	Nee	1 jaar
Me Joanne Needham (HFB)	Nee	1 jaar

* Besit aandele direk of indirek in Arubah.

** Me Nicola Inqayi en mnr Peter Mabohlale is aandeelhouers van DOC en verteenwoordig DOC op Arubah se direksie. Hulle besit geen gewone aandele direk in Arubah nie.

5 B-GSEB STRUKTURERING

Spesialisdokters wat in totaal 10% van die uitgereikte gewone aandele van Arubah besit, voldoen aan die omskrywing van 'swart' ingevolge die Wet op Breed-gebaseerde Swart Ekonomiese Bemagtiging (B-GSEB).

Arubah het in 2012 'n B-GSEB-skema geïmplementeer ten einde sy swart aandeelhouding na 25,1% te verhoog. Omdat DOC nie die finansiële bronne gehad het om op die aandele van Arubah teen billike waarde in te skryf nie, is die B-GSEB-transaksie op die volgende wyse gestruktureer:

- First Regional Bank het op 30 September 2012 'n lening van R30 200 000 direk aan Arubah toegestaan. Hierdie lening dra rente teen 'n nominale vaste koers van 9% per jaar, maandeliks agterna betaalbaar;
- Arubah het op 30 September 2012 'n spesiale dividend van R25 miljoen aan sy gewone aandeelhouers verklaar;
- Die kapitaalgedeelte van die lening vanaf First Regional Bank is in vier gelyke jaarlikse paaiemente terugbetaalbaar. Die eerste betaling is op 30 September 2013 gemaak; en
- DOC het op 1 Oktober 2012 ingeteken op 151 000 Klas A gewone aandele in Arubah vir R1 miljoen in kontant.

Die Klas A gewone aandele het stemreg gelykstaande aan dié van uitgereikte gewone aandele, wat DOC dus 'n reg op 15,1% van die totale stemme op enige aandeelhouersvergadering gee.

Die Klas A gewone aandeelhouers is nie geregtig op enige dividende nie, maar is daarop geregtig om elke Klas A gewone aandeel in een gewone aandeel om te skakel sodra die gewone aandeelhouers kumulatiewe dividende van R199 miljoen, gemeet vanaf 1 Oktober 2012, ontvang het.

6 MEDEDINGERS

Drie groot groepe, naamlik Life Healthcare, Mediclinic en Netcare, domineer die privaat gesondheidsorgsektor in Suid-Afrika. Hierdie groepe is in staat om voorkeur netwerkreëlings met die groot mediesehulpfondse te beding en 'n hoër volume van pasiëntopnames te lok. Arubah is in die gelukkige posisie dat sy hospitale gunstig geleë is en dat die dokters wat vanuit sy hospitale praktiseer voortdurend pasiënte na sy fasiliteite aantrek.

Arubah monitor Life Healthcare se gepubliseerde inligting noukeurig op 'n deurlopende grondslag omdat Arubah meen dat die aard van hierdie groep die naaste aan dié van sy eie besigheid is. Netcare en Mediclinic het beduidende internasionale bedrywighede wat neig om enige sinvolle vergelykings vir Arubah se doeleindes te bemoeilik.

7 INDUSTRIE-ONTWIKKELINGE

Arubah se direksie het kennis geneem van die Kompetisie Kommissie se huidige markondersoek na die privaat gesondheidsorgsektor. Die direksie het aangedui hulle verwelkom hierdie ondersoek om te bepaal of daar enige aspekte in die sektor is wat mededinging in die hospitaalindustrie verdraai, voorkom of beperk, maar hulle is van mening dat die Kompetisie Kommissie eerder die mediesehulpfonds-administrateurs moet ondersoek aangesien laasgenoemde die 'hekwagters' (Eng: 'gatekeepers') van privaat mediese besteding is. Arubah sal nie enige vrywillige voorleggings aan die Kompetisie Kommissie maak nie.

Die tekort aan bevoegde mediese personeel bly 'n uitdaging vir die privaat gesondheidsorg-industrie. Veral die tekort aan algemene praktisyns, sekere soorte mediese spesialisdokters en verpleegpersoneel sal toenemende druk op arbeidskoste plaas.

8 TOEKOMSSTRATEGIE

As gevolg van ruimtebeperkings is Arubah nie in staat om sy bestaande hospitaalfasiliteite uit te brei nie. Toekomstige inkomstegroei sal beperk wees tot toenames in pasiëntopnames en inflasionêre verhogings in fooie. Uitbreiding na dagklinieke, wat hospitaalfasiliteite is wat dieselfdedagchirurgie of buitepasiëntchirurgie verskaf, is breedvoerig op die Februarie 2015 direksievergadering bespreek, en sowel Dr Kennedy (direksievoorsitter) as mnr Malcolm (HUB) het baie sterk argumente geopper ten gunste daarvan om hierdie nuwe besigheidslyn verder te voer.

Die aantal dagklinieke in Suid-Afrika het beduidend gegroei. Dit is hoofsaaklik 'n reaksie op mediesehulpfonds-administrateurs wat die gebruik van dagklinieke in teenstelling met akutesorghospitale aanmoedig vir hul versekerde pasiënte wat minder ernstige chirurgiese prosedures moet ondergaan. Dagkliniekkoeerse is baie laer as dié van akutesorghospitale, wat dit 'n aantreklike opsie maak vir chirurgie waar pasiënte nie oornag vir na-operatiewe sorg in die hospitaal hoef te bly nie.

Die grootste voordele van dagklinieke teenoor akutesorghospitale sluit die volgende in:

- Laer infrastruktuurvereistes – dagklinieke vereis nie 'n groot verskeidenheid toerusting vir komplekse chirurgie nie;

- Geen oornagverblyf nie – pasiënte kan na chirurgie terugkeer huistoe en daar word oor die algemeen nie van verpleegpersoneel vereis om na ses in die aand te werk nie; en
- Gerief – chirurge kan hulle dag meer akkuraat beplan omdat die lengte van die chirurgie grootliks voorspelbaar is. Pasiënte trek ook voordeel daaruit aangesien hulle nie te lank hoef te wag voor hulle in die teater opgeneem word nie.

Arubah het 'n potensiële terrein vir 'n dagkliniek in Pretoria geïdentifiseer wat naby sy huidige hospitale geleë is.

Tydens die Junie 2015 direksievergadering is 'n voorstel geëvalueer vir die vestiging van 'n 25-bedfasiliteit op eiendom wat deur Arubah aangeskaf sal word. Daar is genotuleer dat die kliniek 'n lisensie vanaf die Direkteur-Generaal van Gesondheid en die Provinsiale Hoof van Gesondheid sal moet verkry voordat met bedrywighede begin sal kan word.

Arubah se direksie het besluit dat die taak om 'n kapitaalbegroting vir die voorgestelde dagkliniek voor te berei sodat die potensiële finansiële opbrengste daarvan evalueer kan word, aan me Joanne Needham opgedra moet word. Mnr Malcolm het aangedui dat die nuwe dagkliniek voordeel uit die bestaande hoofkantoorinfrastruktuur sou kon trek, wat dan sou beteken dat die enigste bykomende koste om die nuwe kliniek te bestuur die direkte administratiewe en bedryfskoste sou wees.

Kliënt: Arubah Healthcare (Edms) Bpk	Jaareinde: 30 September 2015	A-320
Vorberei deur: B Clarke	Datum: 25 September 2015	
Nagesien deur:	Datum:	
Onderwerp: Arubah se inligtingstelsel		

Die meeste van Arubah se rekeningkundige en administratiewe funksies word by die maatskappy se hoofkantoor in Pretoria uitgevoer. Elke hospitaal is egter verantwoordelik vir pasiëntopnames en -ontslag, gebruik van verbruiksgoedere en die bedryf van die teaters en apteke. Omdat die meeste van hierdie transaksies aanvanklik op papiergebaseerde brondokumentasie aangeteken word, moet werknemers van die hospitaal sodanige data in die rekenaarsstelsel vaslê. Daarna word alle hospitaalverwante transaksiedata elke aand in bondels op die hoofkantoor se inligtingstelsel gelaai. Sodra dit opgelai is, word die data by die maatskappy se gerekenariseerde rekeningkundige rekords bygewerk en word dit onder andere vir die fakturering van mediesehulpfondse gebruik.

Uit die notule van die Augustus 2015 direksievergadering blyk dat Arubah se direksie al hoe meer bekommerd raak oor die doelmatigheid en doeltreffendheid van die huidige inligtingstelsel. Die volgende punte is spesifiek genoem:

- Die huidige stelsel is arbeidintensief en behels die duplisering van prosesse. 'n Stelsel wat die volgende sal vergemaklik word gevolglik as noodsaaklik beskou:
 - Die sentralisering van pasiëntdata (wat die nodigheid uitskakel dat pasiënte administrasievorms tydens herhaalbesoeke voltooi en ook die hospitaalsorg van pasiënte verbeter); en
 - Die intydse en papierlose vaslegging en verwerking van besonderhede in verband met 'n pasiënt se hospitaalverblyf, uitreiking van medikasie, teateraktiwiteite en gebruik van chirurgiese voorraad.
- Mediesehulpfonds-administrateurs vereis meer inligting van hospitale om hulle in staat te stel om hul gesondheidsorgkoste te bestuur, maar dit kan met die huidige inligtingstelsel nie verskaf word nie omdat dit nie geredelik uit die stelsel onttrek kan word nie.

Die HUB van Arubah, mnr Brendan Malcolm, het vantevore in 'n hospitaalomgewing met 'n ondernemingshulpbronbeplanning- (OHB-) stelsel (Eng: 'enterprise resource planning (ERP) system') gewerk en het die volgende sleutelvoordele van sulke stelsels genoem:

- Die sentralisering van inligting vir gebruik deur verskeie departemente en gebruikers;
- Verbetering van pasiëntsorg deur 'n databasis van individuele pasiënte in stand te hou en alle data in verband met die behandeling van algemene siektetoestande vas te lê;
- Verbetering in die bestuur van menslike hulpbronne;
- Verlaagde bedryfskoste deur menslike inmenging in verskeie take, soos opnames, ontslag, vaslegging van fasiliteitgebruik en fakturering te minimiseer; en
- Verbeterde voorkantoorbestuur deur intydse inligting te hê in verband met die beskikbaarheid van beddens, dokters se skedules en waar pasiënte hulle bevind.

Mnr Malcolm is van plan om goedkeuring by Arubah se direksie te kry om 'n groep toepaslike Arubahpersoneel opdrag te gee om 'n uitvoerbaarheidstudie oor die moontlike implementering van 'n OHB-stelsel uit te voer. Die implementering van die nuwe stelsel (indien goedgekeur) sal waarskynlik eers in die loop van FJ2017 plaasvind.

AANHANGSEL A
OPGESOMDE BESTUURSTATE EN BEGROTING

Die HFB van Arubah, me Joanne Needham, het die begroting vir die jaar geëindig 30 September 2016 hersien op grond van terugvoering vanaf operasionele bestuurders en die direksie op sy jongste vergadering. Die finale begroting word hieronder opgesom, saam met kort verduidelikende notas. Die finale begroting moet op die volgende geskeduleerde direksievergadering later in November 2015 deur die direksie van Arubah bekragtig word.

Arubah Healthcare (Edms) Bpk Bestuurstate en begroting				
	Werklik	Werklik	Werklik	Begroot
<i>September jaareinde</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>
	R'000	R'000	R'000	R'000
INKOMSTESTATE				
Inkomste	456 870	474 871	505 160	554 685
Teater	139 193	144 335	148 601	163 737
Akkommodasie	155 562	164 223	175 843	195 050
Farmaseutiese en chirurgiese voorraad	117 902	120 338	133 022	143 515
Toerustinginkomste	44 213	45 975	47 693	52 383
Ander inkomste	3 198	3 419	3 435	3 994
Farmaseutiese en chirurgiese voorraad	(106 112)	(109 507)	(118 390)	(129 163)
Direkte bedryfskoste				
Werknemer koste	(160 818)	(165 730)	(178 321)	(194 140)
Spyseniering	(11 667)	(12 809)	(14 067)	(15 604)
Wasgoed	(2 645)	(2 874)	(3 165)	(3 511)
Indirekte bedryfskoste				
Perseelhuur	(29 470)	(31 828)	(34 374)	(37 124)
Skoonmaakkoste	(10 490)	(11 172)	(11 898)	(12 671)
Elektrisiteit en water	(5 800)	(6 757)	(7 804)	(8 975)
Ander indirekte koste	(27 000)	(28 917)	(30 912)	(33 076)
Administrasiekoste	(36 500)	(39 128)	(41 828)	(44 756)
VVRBWA (Eng.: 'EBITDA')	69 567	69 568	67 835	79 659
Waardevermindering	(13 590)	(14 770)	(14 900)	(15 200)
VVRB (Eng.: 'EBIT')	55 977	54 798	52 935	64 459
Rente-inkomste	375	593	316	81
Finansieringskoste	(3 760)	(3 828)	(2 997)	(2 087)
Wins voor belasting	52 592	51 563	50 254	62 453
Inkomstebelasting	(14 726)	(14 438)	(14 071)	(17 487)
Wins vir die jaar	37 866	37 125	36 183	44 966

Arubah Healthcare (Edms) Bpk				
Bestuurstate en begroting				
September jaareinde	Werklik	Werklik	Werklik	Begroting
	2013	2014	2015	2016
	R'000	R'000	R'000	R'000
BALANSSTATE				
Niebedryfsbates	75 950	73 450	70 300	70 150
Huurverbeteringe	15 200	14 850	13 100	12 150
Mediese en ander toerusting	59 500	57 500	56 000	57 000
Motorvoertuie	1 250	1 100	1 200	1 000
Bedryfsbates	83 843	83 613	82 846	81 358
Voorraad	7 268	8 101	9 082	8 847
Handelsdebiteure	47 565	46 837	55 360	53 188
Ander debiteure	17 020	16 950	17 500	17 000
Kontant en kontantekwivalente	11 990	11 725	904	2 323
Totale bates	159 793	157 063	153 146	151 508
Aandelekapitaal	10 000	10 000	10 000	10 000
Behoue verdienste	48 861	60 986	69 669	84 385
Totale ekwiteit	58 861	70 986	79 669	94 385
Niebedryfslaste	50 970	33 842	15 804	4 320
Afbetalingsverkoopverpligtinge	31 550	21 972	11 484	0
First Regional Bank lening	15 100	7 550	0	0
Uitgestelde belasting	4 320	4 320	4 320	4 320
Bedryfslaste	49 962	52 235	57 673	52 803
Handelskrediteure	18 897	20 101	23 678	24 770
Opgelope uitgawes en belasting op toegevoegde waarde	9 500	10 200	10 750	11 000
Voorsienings	3 500	3 650	3 800	3 800
Inkomstebelastingverpligtinge	1 767	1 156	1 407	1 749
Korttermyn gedeelte: First Regional Bank lening	7 550	7 550	7 550	0
Korttermyn gedeelte: Afbetalingsverkoopverpligtinge	8 748	9 578	10 488	11 484
Totale ekwiteit en laste	159 793	157 063	153 146	151 508

Arubah Healthcare (Edms) Bpk Bestuurstate en begroting				
September jaareinde	Werklik 2013	Werklik 2014	Werklik 2015	Begroot 2016
Sleutelaannames				
a. Inkomste				
Getal aktiewe beddens				
Algemene saal	345	345	345	345
ISE	24	24	24	24
Betaalde pasiëntdae	94 280	92 260	91 585	94 000
Besetting	70,0%	68,5%	68,0%	69,8%
Gemiddelde duur van verblyf (dae)	3,3	3,4	3,3	3,3
Getal opnames	28 570	27 135	27 750	28 250
Gemiddelde saalfooi per pasiënt per dag	R1 650	R1 780	R1 920	R2 075
Gemiddelde fooi per teaterminuut	R145	R157	R170	R184
Operasieteatergevalle/opnames	80,0%	77,0%	75,0%	75,0%
Gemiddelde inkomste per betaalde pasiëntdag	R4 846	R5 147	R5 516	R5 901
Ander inkomste/inkomste	0,7%	0,7%	0,7%	0,7%
b. Bedryfskoste				
Direkte bedryfskoste				
Werknemer koste/inkomste	35,2%	34,9%	35,3%	35,0%
Spyseniering/akkommodasie-inkomste	7,5%	7,8%	8,0%	8,0%
Wasgoed/akkommodasie-inkomste	1,7%	1,8%	1,8%	1,8%
Toename in indirekte koste				
Huur van perseel		8,0%	8,0%	8,0%
Skoonmaakkoste		6,5%	6,5%	6,5%
Elektrisiteit en water		16,5%	15,5%	15,0%
Ander indirekte koste		7,1%	6,9%	7,0%
Toename in administrasiekoste		7,2%	6,9%	7,0%

Aantekeninge by die finale (verkorte) begroting FJ2016

- Die historiese bestuurstate en die FJ2016 begroting voldoen nie noodwendig aan die aanbieding- en openbaar makingsvereistes van IFRS nie. Die volgende aansuiwerings is onder meer nie op die historiese bestuurstate en die FJ2016 begroting aangebring nie:
 - Voorsiening vir uitgestelde belasting;
 - Gelykmaking (reglynige erkenning) van perseelhuurkoste;
 - Waardedaling (indien enige) van voorraad en handelsdebiteure;
 - Aansuiwerings vir voorsiening vir verlofuitbetalings; en

- Enige aansuiwerings om die B-GSEB-transaksie wat in 2012 aangegaan is, te verantwoord.

Die eksterne ouditeur maak gedurende die verloop van die oudit aanbevelings oor die aansuiweringsjoernaalinskrywings wat benodig word om enige wesenlike wanvoorstellings wat opgespoor is, korrek te verantwoord. Dit help die Arubah finansiesspan om te verseker dat die finansiële state geen wesenlike wanvoorstellings, in die besonder met betrekking tot die meer komplekse IFRS-vereistes (insluitend verantwoording vir die historiese B-GSEB-transaksie), bevat nie. Die B-GSEB-transaksie is in die vorige finansiële jaarstate korrek verantwoord.

- 2 Toerustinginkomste verteenwoordig die koste vir die gebruik van Arubah se gespesialiseerde toerusting gedurende chirurgie en tydens na-operatiewe sorg.
- 3 Ander inkomste verteenwoordig huurinkomste verkry vanuit die verhuring van ruimte aan koffiewinkeloperateurs, radioloë, patoloë, algemene praktisyns en spesialis-dokters.
- 4 Die begroting is opgestel op die grondslag dat Arubah sal voortgaan om die spyseniering-, wasgoed- en skoonmaakfunksies aan onafhanklike operateurs uit te kontrakteer. Verskaffers van wasgoed- en skoonmaakdienste hef vaste fooie per maand vir dienste gelewer ongeag die aktiwiteitsvlakke. Die verskaffer van spysenieringsdienste hef 'n vasgestelde fooi per dag per pasiënt en gevolglik wissel hierdie koste in ooreenstemming met die besettingsvlakke.
- 5 Daar word begroot dat perseelhuurkoste in FJ2016 met 8% ooreenkomstig die huureskalasielousule in die huurooreenkomste sal styg. Die perseelhuurooreenkomste vir al drie die hospitale is in September 2017 hernubaar. Die ooreenkomste geld vir 15 jaar maar dit is onderhandelbaar.
- 6 Elektrisiteitskosteverhogings word beraam op grond van mediaverslae met betrekking tot Eskom se prysverhogings vir 2016. Daar word voorspel dat ongeveer 90% van water- en elektrisiteitskoste in FJ2016 veranderlik van aard sal wees.
- 7 Ander indirekte koste (R33 076 000) en administrasiekoste van R44 756 000 is oorwegend vas van aard.

AANHANGSEL B
E-POS VANAF NEEDHAM AAN MALCOLM

Vanaf: Joanne Needham	Gestuur: Wo 4 November 2015 7:39nm
Aan: Brendan Malcolm	
Onderwerp: SAID	

Hallo Brendan

Ek wou vroeër vir jou noem dat ek vanoggend 'n brief van die SAID ontvang het. Dit was 'n formele versoek vir inligting met betrekking tot die 2012, 2013 en 2104 belastingopgawes wat ingedien is. Die SAID het 'n klomp vrae gelys in verband met die B-GSEB-transaksie wat ons in 2012 aangegaan het. Die vrae sluit onder andere die volgende in:

- 1 Het Arubah Klas A gewone aandele teen billike waarde uitgereik?
- 2 Die kommersiële doel met die aangaan van die lening vanaf First Regional Bank in 2012?
- 3 Die belastinghantering van die rente aangegaan in 2012, 2013 en 2014 met betrekking tot die lening vanaf First Regional Bank verkry?
- 4 Het enige van die gewone aandeelhouders 'n belang in DOC Investment Holdings Bpk?
- 5 Het Arubah enige dividende gedurende 2012, 2013 en/of 2014 verklaar?
- 6 Indien wel, hoe is die dividende verklaar vir dividendterughoudings-belastingdoeleindes hanteer?

Ek is bekommerd dat die SAID gaan rondsnuffel by die B-GSEB-transaksie en beweer dat die rente op die First Regional Bank lening nie aftrekbaar is nie.

Jy moet 'n lekker aand hê.

Groete
Jo

AANHANGSEL C
E-POS VANAF NEEDHAM AAN DIE FINANSIËLE REKENMEESTER

Vanaf: Joanne Needham	Gestuur: Dond 5 November 2015 6:01vm
Aan: Finansiële Rekenmeester	
Onderwerp: Inkomstestelsels	

Haai daar

Weer eens welkom by die span. Ons is baie bly jy is aan boord en hoop dat jy hier by Arubah sal floreer!

Ek heg 'n opsomming aan van ons stelsel vir fakturering van inkomste wat in 2012 deur jou voorganger opgestel is. Op daardie stadium wou die eksterne ouditeure 'n stelselbeskrywing hê van hoe ons inligting vir pasiëntfaktureringsdoeleindes vaslê en verwerk. Ek wil vra dat jy dit nasien en seker maak dat daar geen probleme in ons stelsels is nie – dit is altyd goed as iemand vars hierdie dinge hersien.

My persoonlike mening is dat daar te veel papierwerk in ons stelsel is en ook te veel menslike inmenging. Hier is 'n voorbeeld: Wanneer 'n pasiënt opgeneem word, word 'n pasiëntlêer by die ontvangs voltooi. In die saal word dokumente met betrekking tot die behandeling van die pasiënt (bv. medikasie en toerusting gebruik) wat deur die dokters en verpleegsters wat die pasiënt behandel aangeteken word, in hierdie lêer gehou. Hierdie dokumente word dan vir faktureringsdoeleindes vasgelê wanneer die pasiënt ontslaan word. Soveel foute kan op verskeie punte in die proses gemaak word! Kan nie wag om jou mening hieroor te hoor nie.

Hierdie taak behoort jou vir 'n rukkie uit die kwaad te hou. Gee asb. teen middel November vir my terugvoering. Dankie.

Groete
Joanne

AANGEHEG AAN E-POS STELSEL VIR FAKTURERING VAN INKOMSTE

Dokumentnommer: Ink 04
Vorberei deur: Finansiële Rekenmeester
Datum: 15 Oktober 2012

Doelwit: Die doel van hierdie dokument is om as opsomming te dien van die stelsel wat gebruik word om inligting vir fakturering van mediesehulpfondse vas te lê en te verwerk. Dit vorm deel van die omvattende beskrywing van die inkomste/ontvangstesiklus.

A OPNAME VAN PASIËNTE

Dit is die verantwoordelikheid van die opnameklerke by ontvangs.

- 1 Opname van nuwe pasiënte
 - 1.1 Die pasiënt voltooi die voorblad van 'n opeenvolgend genommerde pasiëntlêer waarop onder andere persoonlike en mediesehulpfonds-besonderhede aangeteken word.
 - 1.2 Die opnameklerk maak fotokopieë van die kliënt se identiteitsdokument en mediesehulpfondskaart en plaas dit in die pasiëntlêer.
 - 1.3 Die opnameklerk dra dan alle inligting vanaf die voorblad van die pasiëntlêer na die rekenaarstelsel oor. Die rekenaarstelsel gebruik hierdie inligting onder andere om opnamevorme te genereer en pasiëntrekeninge te skep.
 - 1.4 Die opnameklerk druk twee afskrifte van die opnamevorm vanaf die stelsel uit, wat albei deur die persoon verantwoordelik vir die rekening geteken word (bv. hooflid van die mediesehulpfonds).
 - 1.5 'n Aantal plakkers wat die pasiënt se inligting bevat word ook vanaf die stelsel gedruk. Een word op die voorkant van die pasiëntlêer geplak en twee ander op elk van die gedrukte opnamevorme. Die res van die plakkers word in die lêer gehou en word later deur die saalpersoneel op ander vorms gebruik.
- 2 Mediesehulpfondsmagtiging
 - 2.1 Die pasiënt se dokter/chirurg maak die primêre diagnose.
 - 2.2 Die opnameklerk soek die toepaslike ICD-10-kode op grond van die primêre diagnose op en teken dit aan op die stelsel. (ICD-10 is 'n standaardlys van diagnosekodes wat deur mediesehulpfondse gebruik word.) Akkurate kodering is van kardinale belang om te verseker dat die mediesehulpfondse die rekeninge vereffen.
 - 2.3 Die opnameklerk kontak die toepaslike mediesehulpfonds met die diagnosekode en verkry die nodige aanvanklike magtiging vanaf die mediesehulpfonds, tensy die pasiënt alreeds voorafgoedkeuring ontvang het. Die magtigingsnommer word op die opnamevorme geskryf.
 - 2.4 Een afskrif van die opnamevorm word in die pasiëntlêer geplaas (wat dan na die saal oorgeplaas word) en die ander word aan die toepaslike gevallebestuurder (Eng.: 'case manager') gegee.

B GEVALLEBESTUUR

'n Aantal verpleegsters is verantwoordelik vir gevallebestuur, en elk is verantwoordelik vir pasiënte van verskillende mediesehulpfondse. Gevallebestuur behels die volgende:

- 1 Die toepaslike gevallebestuurder kry die opnamevorm van die pasiënt by die opnameklerk en kontroleer dat die nodige magtiging by die mediesehulpfonds verkry

- is. Die gevallebestuurder bevestig ook die pasiënt se mediese hulpfondsvoordele met betrekking tot die behandeling wat verskaf gaan word.
- 2 Die gevallebestuurder bevestig verder die heffingstipe (vaste fooi vir diens of fooi vir diens) afhangend van die mediese hulpfonds en die tipe prosedure, en voer die toepaslike 'tipes' in die rekenaarstelsel in.
 - 3 Die gevallebestuurder is ook verantwoordelik vir die verkryging van magtigings vir enige bykomende prosedures gedurende die pasiënt se verblyf.
 - 4 Die gevallebestuurder voer die magtigingsinligting in die stelsel in (bv. magtigingsnommer, aantal dae waarvoor magtiging toegestaan is, gemagtigde bedrae (limiete), ens.) Dit geld vir die aanvanklike magtiging asook daaropvolgende opdatings. Alle dokumentasie en korrespondensie met betrekking tot magtigings word in die pasiëntlêer gehou.
 - 5 Die geval word regdeur die pasiënt se verblyf bestuur om te verseker dat wat ook al gefaktureer word, sover moontlik binne die mediese hulpfonds se gemagtigde limiete is.
 - 6 Magtigingsopdatings behels dat die gevallebestuurder die pasiënt gereeld besoek en die kliniese inligting vereis deur die mediese hulpfonds, insluitend medikasie, uitslae van bloedtoetse, X-straalresultate, bloeddruk, temperatuur, hartklop en simptome, dokumenteer. Hierdie inligting word soos benodig aan die mediese hulpfonds oorgedra.
 - 7 Die gevallebestuurder verkry ook motiveringsbriewe en vorderingsverslae vanaf die dokter/chirurg soos en wanneer benodig en stuur dit aan die mediese hulpfonds.

C PASIËNTONTSLAG EN KODERING

- 1 Voor ontslag skryf die dokter/chirurg die finale diagnose en alle sekondêre diagnoses in die pasiëntlêer neer.
- 2 Die pasiënt teken die ontslagvorm, wat in sy/haar lêer ingevoeg word.
- 3 Die saalklerk verwerk die ontslag van die pasiënt op die stelsel en kontroleer die datum en tyd van ontslag vir akkuraatheid. 'n Ontslagdokument word vanaf die stelsel uitgedruk en in die pasiëntlêer ingesluit.
- 4 Die gevallebestuurder kry vervolgens die lêers van ontslaande pasiënte en begin met die faktureringsproses. Dit behels dat die toepaslike ICD-10-kodes (vir diagnoses) en huidigeprosedure-terminologie- (HPT-) kodes (vir dienste en prosedures, bv. teaterprosedures) opgesoek en in die stelsel vasgelê word. Hierdie stap staan bekend as 'kodering'. Die toepaslike diagnose en prosedures wat later op die pasiënt se rekening verskyn, word op hierdie kodes gegrond. Indien weglatings geïdentifiseer word, volg die gevallebestuurder dit met die toepaslike personeellede op.
- 5 Sodra alle inligting beskikbaar is, dien die gevallebestuurder die finale ontslaginligting by die mediese hulpfonds in. Dit sluit die opnamedatum en -tyd, die ontslagdatum en ontslagtyd, aantal dae in die hospitaal, ICD-10- en HPT-kodes en die finale bedrag van die rekening in.

D NASPORING (ENG.: 'TRACKING') EN TEBOEKSTELLING VAN BEDRAE WAT GEFAKTUREER MOET WORD

- 1 Medikasie / ander voorraad uitgereik aan pasiënte

Die verskillende sale en teaters het elk hul eie stoorkamers waarin farmaseutiese voorraad (medisyne), chirurgiese items en verbruiksgoedere gehou word wat deur die apteke en buiteverskaffers voorsien word. Die verpleegsters onttrek regdeur die pasiënt se verblyf voorraad uit die stoorkamers en gebruik dit soos benodig vir die pasiënte. (Let wel: Farmaseutiese voorraad word nie direk deur die apteke aan pasiënte uitgereik nie, aangesien hulle slegs gedurende normale besigheidsure oop is en voorraad regdeur die nag en naby pasiënte in sale en teaters beskikbaar moet wees.)

Samestelling en fakturering van medikasie / ander voorraad behels twee prosesse:

- 1.1 Samestelling: Dokters en verpleegsters wat items aan pasiënte uitreik, skryf regdeur die pasiënt se verblyf die toepaslike iteminligting op 'n medikasie opsommingstaat wat in die pasiëntlêer gehou word. Omdat hierdie state taamlik ongeorganiseerd is, gaan die saalklerk die medikasie opsommingstaat deeglik na wanneer die pasiënt ontslaan word en teken hy/sy alle medisyne, chirurgiese items, gasse en ander items vir die pasiënt gebruik op 'n afsonderlike medikasie heffingstaat aan. Dié staat vorm die basis vir die fakturering van die pasiënt of sy/haar mediese hulpfonds. Tydens hierdie proses kontroleer die saalklerk ook dat die voorraad en hoeveelheid op die medikasie heffingstaat aangeteken redelik is, in die lig van die diagnoses en die prosedures wat uitgevoer is.
 - 1.2 Fakturering: Die gevallebestuurder lê die inligting vanaf die medikasie heffingstaat op die stelsel vas sodat dit na die pasiënt se rekening gefaktureer kan word. Slegs die hoeveelhede van elke item op die heffingstaat word vasgelê, aangesien die eenheidspryse outomaties uit die toepaslike meesterlêer onttrek word.
- 2 Saalgebruik
 - 2.1 Die tyd wat in die saal deurgebring word, word outomaties deur die stelsel bereken op grond van die opname- en ontslagtye op die stelsel aangeteken.
 - 2.2 Die stelsel vermenigvuldig die tyd bereken met die toepaslike koers (onttrek uit die toepaslike meesterlêer) wat dan gebruik word om die pasiënt te faktureer.
 - 2.3 Die gevallebestuurder hersien die gefaktureerde bedrag (volgens die stelsel) om seker te maak dat dit ooreenstem met die data in die pasiëntlêer en bring indien nodig aanpassings aan om enige foute reg te stel.
 - 3 Teatergebruik
 - 3.1 Indien die pasiënt tyd in die teater deurgebring het, word 'n teatertyd heffingstaat saam met die medikasie heffingstaat in die pasiëntlêer ingesluit. Die teaterverpleegster wat die geval hanteer, skryf die toepaslike inligting op die teatertyd heffingstaat neer.
 - 3.2 Na afloop van 'n pasiënt se ontslag en by ontvangs van die pasiëntlêer, gaan die gevallebestuurder die teatertyd heffingstaat na en word dit teenoor die teaterregister vir minute in teater deurgebring, die diagnose en, vir redelikeiddoeleindes, die volume van gasse gedurende die prosedure (soos weergegee op die teatermedikasie opsommingstaat) gebruik, gekontroleer. Die gevallebestuurder parafeer die heffingstaat as bewys van hierdie kontrole.
 - 3.3 Die gevallebestuurder voer dan die inligting vanaf die teatertyd heffingstaat op die stelsel in ten einde die pasiënt te faktureer.

E FINALISERING VAN DIE FAKTURERING

- 1 Nadat die faktureringsproses vir elke pasiënt gefinaliseer is, word die faktureringsdata wat deur die personeel by elke spesifieke hospitaal ingevoer is, elke aand om middernag na die hoofkantoor oorgeplaas.
- 2 Indien 'n vaste fooi vir diens geld, bepaal die hoofkantoor rekenaarsstelsel outomaties die vaste prys uit die toepaslike meesterlêer en word die mediese hulpfonds dienooreenkomstig gefaktureer. Die nodige aanpassings word outomaties gedoen en die stelsel lewer verslae van die afwykings (tussen dit wat op die stelsel aangeteken is en die vaste prys).
- 3 Nadat hierdie aansuiwerings vir die vaste fooi vir dienste verwerk is, word fakture vir fooie vir diens en vaste fooi vir dienste genereer en by wyse van elektroniese dataruiling (Eng: 'electronic data interchange') by die mediese hulpfondse ingedien. Die inkomste word dan in die algemene grootboek opgeteken.
- 4 Die debiteurepersoneel is verantwoordelik vir die ondersoek en oplos van navrae vanaf mediese hulpfondse.

AANHANGSEL D
E-POS VANAF NEEDHAM AAN FINANSIËLE REKENMEESTER

Vanaf: Joanne Needham	Gestuur: Dond 12 November 2015 9:29nm
Aan: Finansiële Rekenmeester	
Onderwerp: Dagklinieke	

Haai daar

Ek weet jy het baie werksdruk maar daar is nog 'n kwessie waarop ek jou insette benodig. Die direksie oorweeg dit ernstig om volgende jaar 'n dagkliniek in Pretoria te begin. Wat ek wil hê jy moet doen is om die aangehegte Excel sigblad na te sien om te verseker dat ek dit op die tegnies korrekte manier opgestel het en nie enige kwessies gemis het nie.

Ek het die Excel sigblad opgestel op grond van inligting verstrekk deur 'n onafhanklike hospitaalkundige wat ons van tyd tot tyd gebruik. Sy is 'n ghoeroe met nuwe lisensie-aansoeke en die dagkliniekindustrie. Dus vertrou ek haar insette maar ek is nie seker hoe om al die goed in 'n kapitaalbegroting in te sluit nie. Die direksie wil teen volgende Woensdag voorlopige terugvoering hê, wat beteken dat jy waarskynlik die naweek 'n bietjie sal moet werk.

Ons sal moontlik die gelykbreekinkomste van die nuwe dagkliniek vir die direksie moet bereken. Hulle sal waarskynlik wil weet wanneer hierdie onderneming sal begin wins maak en hoe sensitief winste vir inkomstevlakke is. Dink bietjie daaroor ook na.

Nou ja, lekker lees en ek sien uit na jou insette volgende week.

Groete
Joanne

Aangeheg aan E-pos

Nuwe Arubah dagklinik							
Opgesomde kapitaalebegroting	Jaar 0	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 5	Jaar 6
	R'000	R'000	R'000	R'000	R'000	R'000	R'000
Verkryging van eiendom, insluitend oordragkoste	(3 500)	0	0	0	0	0	0
Lisensie-aansoek en konsultasiefooi	(450)	0	0	0	0	0	0
Opknapping van bestaande gebou	0	(2 500)	0	0	0	0	0
Leenkoste: Grond en geboue voor opening	0	(810)	0	0	0	0	0
Mediese en teateroerusting aangekoop	0	(5 000)	0	0	0	0	0
Inkomste*	0	2 689	11 510	15 394	19 766	24 675	26 402
Farmaseutiese en chirurgiese voorraad	0	(538)	(2 302)	(3 079)	(3 953)	(4 935)	(5 280)
Direkte bedryfskoste	0	(2 950)	(3 157)	(3 377)	(3 614)	(3 867)	(4 138)
Indirekte bedryfskoste	0	(2 625)	(2 809)	(3 005)	(3 216)	(3 441)	(3 682)
Administrasiekoste	0	(2 400)	(2 568)	(2 748)	(2 940)	(3 146)	(3 366)
Hoofkantoor koste	0	(750)	(1 605)	(1 717)	(1 838)	(1 966)	(2 104)
Waardevermindering	0	0	0	0	0	0	0
Finansieringskoste	0	(540)	(450)	(351)	(244)	(127)	0
Netto kontantvloei uit bedrywighede	(3 950)	(15 424)	(1 380)	1 117	3 962	7 193	7 833
Jaarlikse herwaardasie van grond en geboue	0	360	382	404	429	454	482
Verkoop van besigheid (5 x VVRBWA in jaar 6)	0	0	0	0	0	0	39 163
Netto kontantvloei	(3 950)	(15 064)	(999)	1 521	4 391	7 648	47 477
IOK ¹	26,4%						
NTW² @ 12% minimum opbrengskoers³	12 562						
Aantekening							
<i>* Die aanname is dat die kliniek halfpad deur jaar 1 sal oopmaak</i>							
Aannames	Jaar 0	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 5	Jaar 6
Getal chirurgiese prosedures		747	2 988	3 735	4 482	5 229	5 229
Maksimum kapasiteit – chirurgiese prosedures		7 470	7 470	7 470	7 470	7 470	7 470
Besetting			40,0%	50,0%	60,0%	70,0%	70,0%
Gemiddelde vaste fooi vir diens per chirurgie		R3 600	R3 852	R4 122	R4 410	R4 719	R5 049

¹ IOK = interne opbrengskoers (Eng: 'IRR')

² NTW = netto teenwoordige waarde (Eng.: NPV')

³ Minimum opbrengskoers (Eng.: 'hurdle rate')

AANHANGSEL E
E-POS VANAF MALCOLM AAN NEEDHAM

Vanaf: Brendan Malcolm	Gestuur: Vry 13 November 2015 6:05vm
Aan: Joanne Needham	
Onderwerp: Prokureur se brief	

Hallo weer Jo

Ek het so pas die aangehegte brief van prof. Mokoena se prokureurs ontvang. Ons het geweet dit kom, maar nou dat dit hier is wens ek ek kan weghardloop! Wat 'n aaklige einde vir die week.

Daar lê vir my 'n besige dag voor en ek het nie nou die krag om my hieroor te bekommer nie. Kom ons gesels Maandag oor die pad vorentoe?

Groete
Brendan

AANGEHEG AAN E-POS



Attorneys - Notaries - Conveyancers

Brown, Naidoo & Oosthuizen
Prokureurs, notaris &
aktevervaardigers
Primrose Rylaan41
Posbus 6687
Pretoria, Suid-Afrika
Tel.: 012 456 4321
Faks: 012 456 4323
E-pos: info@bno.co.za

Die Hoof Uitvoerende Beampte
Arubah Healthcare (Edms) Bpk
Privaatsak X101
Pretoria, 0182

Ons Verwysing:
PN 843 // Mokoena // Arubah

12 November 2015

Geagte Heer/Dame

**RE: AFSTERWE VAN MNR MOKOENA GEDURENDE CHIRURGIE OP
13 OKTOBER 2015**

- 1 Ons verwys na die bogenoemde aangeleentheid en bevestig dat ons hierin namens ons kliënt, prof. NJ Mokoena, 'n hooggeagte professor in die regte, optree.
- 2 Dit is ons instruksie dat een van die chirurge by u hospitaal, dr H Connelly, op die namiddag van 13 Oktober 2015 'n operasie op mnr TN Mokoena, die 23-jarige seun van ons kliënt, uitgevoer het en dat mnr Mokoena daartydens oorlede is. Mnr Mokoena is tydens chirurgie om 15:34 dood verklaar. Mnr Mokoena sou sy regstudies aan die einde van 2015 voltooi het, waarna hy sy leerlingkontrak by een van die grootste prokureursfirmas op die Afrika-kontinent sou begin het.
- 3 Prof. Mokoena en sy vrou het gedurende die operasie buite die teater gewag en het gesien dat 'n kragonderbreking, wat volgens prof. en mev. Mokoena en ander ooggetuies ongeveer tien minute geduur het, gedurende die chirurgie plaasgevind het.
- 4 Toe dr Connelly omstreeks 16:00 vir prof. Mokoena en sy vrou omtrent die uitslag van die operasie ingelig het, het hy verduidelik dat komplikasies gedurende chirurgie plaasgevind het wat die afsterwe van hulle seun veroorsaak het.
- 5 Toe prof. en mev. Mokoena die hospitaal omstreeks 16:30 verlaat het, het hulle gehoor hoe een van die teatersusters vir 'n ander suster vertel dat die hoofkragopwekker nie tydens die kragonderbreking aangeskakel het nie en dat sekere mediese toerusting tydelik onbruikbaar was.
- 6 Die volgende dag (14 Oktober 2015) het prof. Mokoena omstreeks 10:15 'n anonieme oproep aan die hospitaal gemaak en navraag gedoen oor die kragonderbreking. Hy is deur die ontvangsdame ingelig dat, op grond van wat aan haar oorvertel is, die

hoofkragopwekker se brandstofvlakke laag was en die tegnici eers na 'n geruime tyd daarin kon slaag om die kragopwekker aan die gang te kry. Die ontvangsdame het verder genoem dat die bystandkragopwekker die afgelope ses maande glad nie gewerk het nie omdat dit vir 'n geruime tyd nie gediens of herstel is nie.

- 7 Prof. Mokoena het dr Connelly omstreeks 12:10 op dieselfde dag by sy spreekkamer by die hospitaal gaan sien om hierdie aangeleentheid met hom te bespreek. Dr Connelly het ontken dat die hoofkragopwekker 'n lae brandstofvlak gehad het en het beweer dat die kragopwekker 'n tydjie neem om aan te skakel en dat mnr Mokoena weens natuurlike komplikasies as gevolg van sy verswakte toestand gesterf het.
- 8 Volgens ons kliënt was dr Connelly op die oog af verward en het sy asem na alkohol geruik toe hy prof. Mokoena en sy vrou direk na die chirurgie op 13 Oktober van sy seun se afsterwe verwittig het. Dit is 'n relevante waarneming in die lig van vroeëre mediaverslae dat dr Connelly gedurende die aand van 27 April 2015 vir dronkbestuur gearresteer is.
- 9 In die lig van die bogenoemde blyk daar afdoende gronde vir nalatigheid te wees aangesien die hospitaal, selfs in hierdie tye van beurtkrag, nie voldoende voorbereid was vir die kragonderbreking nie en dat die gevolglike tydelike onderbreking in die werking van mediese toerusting moontlik die gevolg was van of bygedra het tot die afsterwe van mnr Mokoena, veral aangesien hy 'n ernstige chirurgiese prosedure ondergaan het. Daarbenewens het die hospitaal, ondanks dr Connelly se geskiedenis van alkoholmisbruik, toegelaat dat dr Connelly op mnr Mokoena opereer.
- 10 Ons instruksie is om die betaling van die somtotaal van R25 000 000 (VYF-EN-TWINTIG MILJOEN RAND) wat die skade vir nalatige verlies van die lewe van ons kliënt se seun verteenwoordig, binne 30 dae vanaf hierdie skrywe te eis. Hierdie bedrag kan in die volgende bankrekening inbetaal word:
Rekeninghouer: Brown, Naidoo & Oosthuizen
Rekeningnommer: 408 659 4430
Bank: ABSA
Taknaam: Pretoria
Betalingverwysing: PN 843
- 11 Indien hierdie bedrag nie binne die gespesifiseerde tydperk betaal word nie, sal verdere regsaksie geneem word en 'n dagvaarding teen die hospitaal uitgereik word.

DIE UWE

P Naidoo

BROWN, NAIDOO & OOSTHUYZEN

PER: P NAIDOO