

Grotere financiële risico's voor decentrale overheden door stelselwijziging zorgsector

In de afgelopen jaren was het overheidsbeleid t.a.v. de gezondheidszorg gericht op 'bedrijfsmatige bedrijfsvoering in een competitieve omgeving'. Dat zien we terug in de schetsen van het toekomstige zorgstelsel en ook in de (voorgenomen) maatregelen op de kortere termijn. Voorbeelden zijn de aangekondigde afschaffing van de contracteerverplichting voor verzekeraars in de Ziekenfondswet (ZFW) en in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Ook het voorstellen om het Patiënt Gebonden Budget een centrale rol te geven, kan hierbij worden genoemd. Bij ziekenhuizen zal het 'boter bij de vis'-principe worden geïntroduceerd (meer productie is meer geld, minder productie is minder geld), en is het variabele deel in het budget vergroot. Daarnaast wordt gewerkt aan een systeem van producten en prijzen (de zogenoemde 'Diagnose Behandel Combinaties'). Hierbij wordt ook gesproken over integrale kostprijzen. Vergeleken met de situatie nu, waarbij grofweg de helft van het budget variabel is, zullen productiemutaties dan veel sterker doorwerken in de inkomsten. Ook in de AWBZ-sectoren wordt gewerkt aan meer outputgerelateerde bekostigingssystemen.

De consequentie van de (voorgenomen) maatregelen is dat individuele zorginstellingen minder dan nu verzekerd zijn van hun afzet. Verzekeraars en consumenten moeten immers vrijelijk kunnen kiezen uit het zorgaanbod. Dat houdt zorgaanbieders bij de les, en zal leiden tot meer klantgerichte zorg, zo is de bedoeling.

Verder zullen de jaarlijkse inkomstenfluctuaties sterk toenemen ten opzichte van de huidige situatie. Is dat erg? Nee, zolang de weerbaarheid van zorginstellingen maar gelijke tred houdt met de toename van de dynamiek en de bedrijfsrisico's. En dat is volgens het WfZ niet het geval.

Concreet gaat het hierbij vooral om het volgende:

- De financiële reserves.
- De kwaliteit van het sturings- en beheersingsinstrumentarium.
- De kwaliteit van de manager.

Hoewel de ontwikkelingen in de zorgsector een toename van de reserves wenselijk maken, is er de laatste jaren sprake van een geleidelijke achteruitgang. Het gemiddelde eigen vermogen ligt bij ziekenhuizen tussen de 6 en 7%; voor instellingen in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg ligt dit nog veel lager.

De rijksoverheid heeft tot op heden nog niet laten blijken de financiële consequenties van het eigen beleid in materiële zin te onderkennen. In de *Zorgnota 2001* werd zelfs een beleid van vermogensnormering genoemd, waarbij het doel was reserves van instellingen (nog) verder omlaag te brengen. In de laatste *Zorgnota's* wordt geen woord meer gewijd aan de omvang van de reserves. Of 'Den Haag' bereid zal zijn om tijdig en voldoende geld beschikbaar te stellen voor versterking van de reserves is twijfelachtig. Politiek ligt reservevorming altijd erg moeilijk. Er is grote terughoudendheid bij de vorming van wat

wordt aangeduid als 'dood geld'. De middelen die onttrokken moeten worden aan het financiële kader om reservevorming mogelijk te maken, zijn immers niet meer beschikbaar voor andere knelpunten. En met reservevorming wordt niet één extra patiënt geholpen.

Bij de kwaliteit van het sturings- en beheersingsinstrumentarium moet worden gedacht aan de tijdigheid, volledigheid en betrouwbaarheid van managementinformatie, en aan de wijze waarop deze informatie binnen de sturingsprocessen in de organisatie is ingebed. De kwaliteit van het sturings- en beheersingsinstrumentarium laat zich moeilijk objectiveren of in getallen vangen. Het is echter een feit dat het WfZ in de afgelopen jaren gemiddeld 15% van de aanvragen voor deelname niet heeft kunnen honoreren, waarbij een tekortschietend sturings- en beheersingsinstrumentarium vaak een grote rol speelde. Wanneer in ogeschouw wordt genomen dat dit afwijzingspercentage betrekking heeft op de selectie van zorginstellingen die zichzelf goed genoeg acht voor deelname aan het WfZ, dan is het beeld voor de zorgsector nog minder rooskleurig. De kwaliteit van het management is evenmin in een cijfer uit te drukken, maar algemeen bestaat de indruk dat deze versterking behoeft, zeker wanneer de komende ontwikkelingen in aanmerking worden genomen. Het geheel overziende is de conclusie van het WfZ dat een groot aantal zorginstellingen nog niet klaar is voor de meer dynamische en marktgerichte toekomst die momenteel door beleidsmakers voor hen wordt uitgestippeld.

Naast de risico's die de ontwikkelingen in het reguliere zorgsysteem met zich mee brengen, moet ook gewezen worden op de ontwikkelingen in de niet-reguliere zorg. Zorginstellingen worden veelvuldig publiekelijk opgeroepen tot 'ondernemend' gedrag, om in te spelen op de consumentenvraag. Veel ziekenhuizen en instellingen in de AWBZ zijn daar mee bezig. Deze activiteiten kennen echter een hoger risicoprofiel. Zo worden rente en aflossing doorgaans niet gegarandeerd via de tarieven vergoed. In de praktijk worden dergelijke ondernemende activiteiten meestal ontplooid vanuit de bestaande zorginstelling. Eventuele financiële problemen in de niet-reguliere sfeer komen daarvoor rekening van de reguliere instelling. Gelet op de tendens naar grootschaliger ondernemerschap brengt dat eveneens extra risico's met zich mee.

Meer onzekerheid en risico voor zorgaanbieders betekent echter ook meer onzekerheid en risico voor financiers (banken) en garantieverlennende instellingen. Banken blijken zich goed bewust van de mogelijke consequenties van het overheidsbeleid. Zoals blijkt uit reacties en publicaties van banken denkt men aan hogere risicoposlagen in de rente (hogere rentetarieven)

en selectiever financieren (hogere vermogensissen). Ook verkorting van de looptijden van leningen dan wel sneller afschrijven van investeringen in de zorg worden als risicoreducerende mogelijkheden genoemd. Decentrale overheden dienen zich te realiseren dat het overheidsbeleid ook voor hen consequenties kan hebben.

Provincies en gemeenten staan vanuit het verleden financieel garant voor leningen aan zorginstellingen. Financiers waren anders vaak niet bereid – vanwege het ondoorgrondelijke karakter van de zorgsector en de veelal geringe eigen vermogens van zorginstellingen – om de risico's van geldleningen te accepteren. Weliswaar worden de laatste jaren weinig tot geen nieuwe garanties meer verstrekt, maar de nog openstaande garanties blijven van

*Bij
ziekenhuizen
zal het 'boter
bij de vis'-
principe
worden
geïntroduceerd*



kracht tot de lening geheel is afgelost. Met de garantiestellingen zijn soms forse bedragen gemoeid. Decentrale overheden zijn met deze situatie niet altijd onverdeeld gelukkig. En begrijpelijk. Het beheer van de garantieportefeuille vereist tijd en aandacht, en kost dus geld. Het volgen van de relevante wet- en regelgeving op het gebied van de gezondheidszorg, en het beoordelen van de consequenties daarvan voor de toekomstige kredietwaardigheid van zorginstellingen legt eveneens beslag op tijd. De rol van decentrale overheden in de zorgsector is door de jaren heen zodanig verminderd dat men op dit moment financieel risico draagt voor ontwikkelingen waarop men de facto geen of weinig invloed meer heeft. Qua omvang neemt dit risico in de komende jaren af omdat de uitstaande garantiebedragen dalen. Daarentegen neemt het risico dat de nog uitstaande garanties daadwerkelijk worden ingeroepen toe door de beleidsmatige ontwikkelingen.

Wat kunnen decentrale overheden doen om hun risico's te beperken? Het aantal opties is beperkt. Van lopende garanties is immers niet eenvoudig af te komen. Bovendien is overdracht van garantieverplichtingen naar het WfZ geen mogelijkheid. Veelal zoekt men extra zekerheid in het vestigen van hypotheek op het onroerend goed van zorginstellingen. Dit is niet alleen kostbaar voor zorginstellingen, maar het biedt

ook weinig soelaas. Politiek gezien is het uitwinnen van de gevestigde zekerheden immers nauwelijks 'te verkopen'. Dat geldt ook letterlijk: de alternatieve aanwendbaarheid van de activa van instellingen in de gezondheidszorg is vaak zeer beperkt, en daarmee ook de marktwaarde/onderpandwaarde. Bovendien lijkt het uitwinnen van zekerheden op het dempen van de put als het kalf reeds verdrongen is. Werkelijke risicoreductie ligt in de sfeer van preventie van calamiteiten (voorkomen is beter dan genezen) maar juist op dit vlak staan decentrale overheden vaak met lege handen.

Naar de zienswijze van het Waarborgfonds voor de zorgsector (WfZ) is de beste optie voor decentrale overheden om zorginstellingen tot deelname aan het WfZ te bewegen. Ook indien er slechts een gering bedrag aan leningen door de zorginstelling onder borging wordt gebracht, is de periodieke monitoring van de financiële gezondheid van zorginstellingen en het formele instrumentarium waarmee corrigerend opgetreden kan worden, van kracht. Dit heeft betrekking op de gehele bedrijfsvoering. De preventieve werking die hiervan uitgaat, straalt ook uit naar andere financieel belanghebbenden en is daarmee de beste bescherming van de nog openstaande belangen van decentrale overheden. Er zijn drie mogelijke obstakels bij deze oplossingsrichting. Allereerst moet de financiële positie van de zorginstelling wel voldoende gezond zijn om voor deelname in aanmerking te komen. Op de tweede plaats beschikken decentrale overheden vaak niet over formele drukmiddelen om de zorginstelling tot deelname te bewegen indien deze daar zelf weinig voor voelt. Een derde aandachtspunt is dat het WfZ van deelnemers een positieve/negatieve hypotheekverklaring vraagt. Dit houdt in dat de deelnemer op verzoek van het WfZ het recht van hypotheek moet kunnen verschaffen. Indien al zekerheden gevestigd zijn door andere belanghebbenden (banken of garantiegevers) dan moeten deze worden doorgehaald en worden omgezet in een gedeelde hypotheekverklaring ('samen op de eerste rij'). In de praktijk is dit meestal geen probleem. Decentrale overheden werken doorgaans mee aan het doorhalen van zekerheden. De relatieve 'zekerheid achteraf' die een hypotheek biedt wordt dan ingeruild voor de 'preventieve zekerheid' van WfZ-deelname en -monitoring.

Wanneer deelname van zorginstellingen aan het WfZ om een van de genoemde redenen niet realiseerbaar is, zullen decentrale overheden in de komende jaren meer nadruk moeten leggen op een adequate financiële monitoring van de betreffende zorginstellingen om de risico's te beheersen. Dat kan hetzij in eigen beheer, hetzij via uitbesteding van deze werkzaamheden aan derden.

Het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ) is het garantie-instituut van en voor zorginstellingen. Het is opgericht in 1999 door de intramurale zorginstellingen (ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen, gehandicapteninstellingen en verpleeghuizen) met hulp van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mede op instigatie van de BNG. Voor zorginstellingen is het WfZ een middel om de rentekosten te kunnen verlagen en een financieel voordeel te kunnen behalen.

Deelname aan het WfZ is vrijwillig. Het WfZ kent een strenge toetsing van de kredietwaardigheid voordat deelname mogelijk is. Gemiddeld wordt 15% van de aanvragen tot deelname afgewezen. Bij deelnemers wordt de financiële situatie minimaal een keer per jaar opnieuw beoordeeld. Inmiddels is 60% van de ziekenhuizen aangesloten bij het WfZ. Bij de overige zorginstellingen varieert de deelname graad tussen 25 en 40%.