

Governance kent ook financiële kant.

“Governance in de zorg”, oftewel goed bestuur, toezicht en verantwoording van zorginstellingen, leeft, aldus de ex-minister van VWS¹. Het grotere kader voor governance in de zorg is vastgelegd in de Wet toelating zorginstellingen (WTZi), regels voor een transparantere bestuursstructuur en ordelijke bedrijfsvoering. Maar in hoeverre “leeft” de governance in de bedrijfsvoering, hoe gaat de HEAD en Controller van een zorginstelling hiermee om. In dit artikel wordt ingegaan op het ontbreken van een praktische invulling van governance voor het financiële beheer van een zorginstelling. De aandacht zal in het bijzonder uitgaan naar het (beheersen van) de financiële risico’s als gevolg van de voorgenomen opname van de kapitaallasten in de DBC-prijzen.

Drs A. (Bram) Munnik MBA

Bram Munnik is consultant, interim- en projectmanager in financieel management en treasury voor de public- en zorgsector. Hiervoor heeft hij in de banksector gewerkt en richtte zich in het bijzonder op de financiering van de public- en zorgsector. Hij heeft ondermeer aan de Universiteit Nyenrode een MBA Public Governance afgerond.

Governance in de zorg

Het systeem van verantwoording en controle in de gezondheidszorg is dringend aan herziening toe. Nu zorginstellingen steeds vaker op gewone bedrijven gaan lijken, worden de problemen urgenter. Dit was de opening van een artikel in het Financieel Dagblad (FD) van maart 2004². Hoe staan wij er nu voor? De adviezen van de commissie Health Care Governance, onder voorzitterschap van prof. Pauline Meurs vonden weerklink in brede kring. De (nieuwe) Zorgbrede Governance Code en de WTZi worden breed gedragen en als hoognodig beschouwd. De Raden van Toezicht (RvT) professionaliseren, beroemde kopstukken uit het bedrijfsleven doen hun intrede. Goede voorbeelden hiervan zijn Scheepbouwer (ceo KPN) en Kist (ex ING-topman), die onlangs toetraden tot de RvT van het Rotterdamse Medisch Centrum Rijnmond-Zuid (MCRZ).

De Zorgbrede Governance Code en de WTZi vragen om een gestructureerde aanpak van risicomangement en prestatiebesturing en verantwoording daarover naar de RvT. In de zorg bestaan drie verantwoordingssystemen, die alledrie niet goed werken en ook niet theoretisch zijn onderbouwd, aldus voornoemd artikel in het FD. Allereerst is er de verantwoording op het niveau van de organisatie, die vrijwel altijd een stichting is. De stichting kent geen aandeelhouders en de verantwoording blijft zo in de lucht hangen. Daarnaast is er de verantwoording over de publieke taken. De derde verantwoordingslaag vindt bij de professionals plaats. Inmiddels heeft de eerste ziekenhuis-BV zijn intrede gedaan: het Havenziekenhuis in Rotterdam met Erasmus MC als aandeelhouder. Voor het Havenziekenhuis is hierdoor een duidelijke verantwoordingsstructuur ontstaan richting hun (enig) aandeelhouder Erasmus, maar er zijn natuurlijk ook andere stakeholders.

De governance in de zorg is dus complex. Op het niveau van de organisatie kan, zoals hiervoor is aangegeven, worden gekeken naar de verantwoording, maar governance heeft meer aspecten. Naast verantwoording, gaat het ook om toezicht, sturen en beheer. Met name de laatste twee aspecten in relatie tot het “op gewone bedrijven” gaan lijken heeft grote impact op het financiële beheer van een zorginstelling. Ook de zogenaamde “ratinglijstjes” in de kranten hebben grote impact en richten zich meer op operationele zaken. DBC’s, onderhandelingen met zorgkantoren en de in aantocht zijnde normatieve huisvestingscomponent (NHC), zijn factoren die de praktische vertaling van governance op een lager niveau in de organisatie noodzakelijk maken. Zeker als er ook nog een nieuwbouwtraject speelt en treasury-vraagstukken om de hoek komen kijken.

Toename van financiële risico's in de zorg.

Uit het coalitieakkoord³ tussen CDA, PvdA en ChristenUnie blijkt dat de onder het vorige kabinet ingezette lijn van meer bedrijfsmatiger werken en verdere professionalisering in de zorg zal worden voortgezet, zij het in een ander (lager) tempo. Er worden maatregelen getroffen om de kostenontwikkeling in de cure-sector (verder) te beheersen. De DBC-prijzen in het planbare deel van de ziekenhuiszorg, zullen betrekking hebben op alle kosten die in het ziekenhuis gemaakt worden, inclusief de kapitaalkosten. Ziekenhuizen kunnen dan ook vrij beslissen over investeringen en gaan daarmee financieel risico lopen over de betreffende kosten van kapitaal, aldus het coalitieakkoord. Maar ook in de cure-sector zal er ruimte worden geboden voor ondernemerschap en privaat kapitaal, dus ook hier toename van financiële risico's.

De financiële risico's voor ziekenhuizen nemen snel toe⁴. De zorgverzekeraars, die de geldstromen naar de ziekenhuizen beheersen, onderhandelen over de prijs van (nu nog) 10% van de ziekenhuisverrichtingen. De "centrale" rol van de verzekeraars zal alleen nog maar groeien als inkoper van ziekenhuisbedden en medische hulp. Om de kosten te drukken, en zo de premies laag te houden, zullen zij scherper dan voorheen zorg inkopen. Op hun beurt staan de ziekenhuizen onder druk van hun eigen financiers om tegenover de groeiende risico's hogere financiële buffers aan te leggen. Deze financiële buffers passen beter bij het hogere risico en worden daarom door banken geëist.

De inwerkingtreding van de WTZi heeft grote gevolgen voor de wijze van financiering van zorgvastgoed. Investeren in zorgvastgoed is niet langer zonder risico's. Het doel van de WTZi is om geleidelijk meer vrijheid en verantwoordelijkheid voor de zorginstellingen te creëren, door minder overheidsbemoeienis met de capaciteit en de bouw van zorginstellingen. Daarbij horen deregulering, meer eigen verantwoordelijkheid en meer risico voor de zorginstelling. Op termijn betekent de normering en koppeling aan feitelijke productie voor zorginstellingen een leegstandsrisico, een kostenrisico en een contractrisico⁵:

- Leegstandsrisico, omdat bij een lagere productie de inkomsten navenant lager worden. De kapitaalslasten dienen alsdan te worden gedekt door de in de extramurale tarieven op te nemen normatieve kapitaalslastencomponent. Er is dan sprake van een volumerisico in die zin dat tegenvallende productie voor de zorgaanbieder kan leiden tot een onderdekking van de kosten;
- Kostenrisico, omdat de genormeerde tarieven kunnen afwijken van de feitelijke vastgoedlasten;
- Contractrisico, omdat een zorgverzekeraar kan besluiten het contract met de zorginstelling te verbreken.

Governance en financieel beheer

Gelet op de toegenomen (financiële) risico's en de aandacht voor governance in de zorg, ben ik van mening dat een belangrijk aspect van governance tot nu toe onderbelicht is gebleven, namelijk de praktische invulling ervan. Het gaat dan om het antwoord op de vraag hoe de Financieel directeur, HEAD en/of controller praktisch invulling kunnen geven aan governance voor het financiële beheer: de kapitaalslasten en treasury in het bijzonder. Om welke treasury-activiteiten gaat het? Treasury, of misschien beter treasury management, is een relatief begrip⁶. Het gaat hierbij om financiering, werkkapitaalbeheer (debiteuren, crediteuren, primaire proces), cashmanagement, management van renterisico's en overige financiële transacties. De treasury-activiteiten (zie figuur 1) zijn gericht op het besturen en bewaken van inkomende en uitgaande geldstromen, aanwezige middelen en financieringen, alsmede het beheersen van de daaraan verbonden kosten en risico's. Belangrijk aandachtspunt voor de treasurer is de bewaking van de financiële continuïteit en de financierbaarheid tegen zo gering mogelijke financieringslasten en zo weinig mogelijk risico.

De invoering van de rentenormering was een eerste aanzet, maar de bewaking van de financiële continuïteit wordt met de invoering van de WTZi en de voorgenomen opname van kapitaalskosten in de DBC's (de normatieve huisvestingscomponent) nog belangrijker.

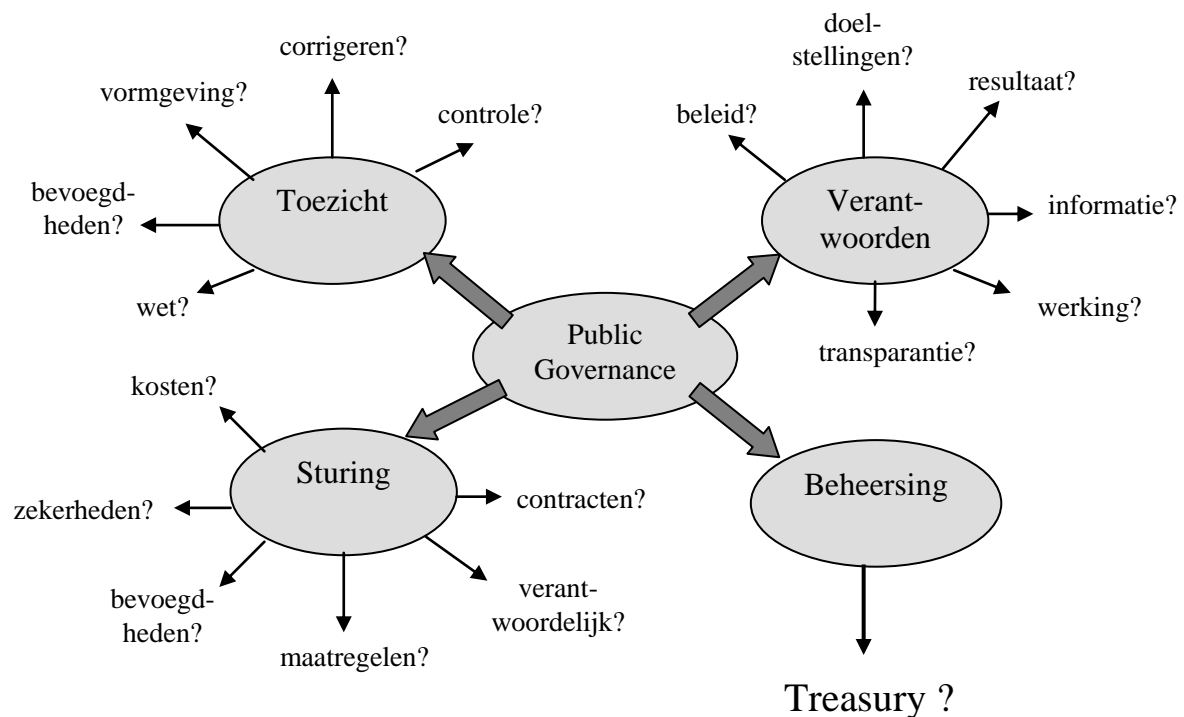


Figuur 1: Treasury management

Het doel van governance⁷ is het scheppen van waarborgen voor realisatie van de doelstellingen van een instelling. In dit geval de doelstelling "financiële continuïteit". De instelling dient daartoe gestuurd en beheerst te worden en over die activiteiten dient verantwoording aan de belanghebbenden te worden afgelegd. Daarmee omvat governance de activiteiten sturen, beheersen, toezicht houden en verantwoorden. In figuur 2 worden de vier aspecten van governance nader toegelicht. Het implementeren van het beleid of het beheersen daarvan, mag als zwakste schakel in de beleidscyclus worden beschouwd. Governance dient de risico's op de financiële continuïteit van een instelling tot een minimum te beperken. Managers worden geacht (financiële) risico's te kennen en te beheersen. Risicomanagement is een systematisch en cyclisch proces om problemen te signaleren, prestaties te verbeteren en doelmatigheid te vergroten. Binnen een risicomodel worden kansen en bedreigingen geanalyseerd die van invloed zijn op de bedrijfsvoering. De kritische succesfactoren in het risico-managementproces zijn:

- ondersteuning en betrokkenheid van het (top)management;
- integratie met bestaande processen en activiteiten;
- de juiste risico's, de risico's (kans x impact) die van strategisch belang zijn en beïnvloedbaar door het betrokken management;
- simpel, gefocust en beheersbaar.

Voor de risicobeheersing van de financiële continuïteit is het "cashflow" denken van belang. Is de instelling te allen tijde voldoende liquide om aan haar verplichtingen te kunnen voldoen. Dit mag met eigen middelen maar ook met financieringsfaciliteiten bij banken.



Figuur 2: Public governance (Bron: Public Governance MBA Universiteit Nyenrode)

Hoe nu verder?

In de dagelijkse praktijk heb ik ervaren dat zorginstellingen behoefte hebben aan een concrete vertaling van het treasury governance-concept naar de praktijk. Belangrijk doel hierbij is om governance te operationaliseren. Hoe zet je een (treasury)beheer organisatie op, welk beleid wil je voeren en waarom, hoe ziet de AO/IC er uit, waaraan moet een treasurywet voldoen en hoe vertaal ik mijn lange termijn huisvestingsplan in een liquiditeitsprognose. Allemaal vragen die met name betrekking hebben op de beheerskant van treasury governance. Terwijl de diverse tot op heden verschenen artikelen en codes antwoord geven op de vraag wat er geregeld moet worden, heeft u juist behoefte in de (vervolg)vraag hoe dat concreet ingevuld moet worden. Welke op treasury in de zorg toegesneden praktische handvatten heeft u nodig? In dit artikel heb ik geprobeerd een eerste aanzet daartoe te geven.

Kader

Governance in de zorg heeft zijn intrede gedaan. Zorginstellingen professionaliseren zich in rap tempo. Door de invoering van de WTZi en de voorgenomen opname van de kapitaalslasten in de DBC's wordt treasury bij zorginstellingen steeds belangrijker. Echter tot nu toe, ondanks de ingevoerde rentenormering, ontbrak de noodzaak voor het opzetten van een adequate treasurybeheer organisatie. Praktische handvatten voor de treasurybeheersing in de zorg ontbreken. Voor het ontwikkelen van die handvatten is op www.treasuryzorg.nl een vragenlijst te downloaden met als doel het in kaart brengen van "best practices" in treasury governance in de zorg.

¹ Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, H.Hogervorst, toespraak bij de overhandiging van het handboek "Grip op governance in de zorg" (23-08-2005).

² E. Bassant, Governance in de zorg, Het Financiële Dagblad (30-03-2004).

³ Coalitieakkoord CDA, PvdA en Christen Unie, pagina 41-42, artikelen 16, 19 en 29 (07-02-2007)

⁴ Zakenmensen leggen zweep over de zorg, NRC (02-09-2005)

⁵ Dirkzwager advocaten en notarissen, Financiering van zorgvastgoed (2005),

⁶ Dijkstra, J.T., Geïntegreerd renterisicomanagement in Nederlandse gemeenten (1996).

⁷ Prof. J. Bossert, Good Governance: de leidraad voor goed bestuur en management, Overheidsmanagement (sept. 2002).