

Redactioneel

**Wouter
van den
Elsen**



Einde polder

Het zal niemand ontgaan zijn dat het kabinet goedschiks dan wel kwaadschiks de nullijn wil invoeren in de zorg. Ambtenaren en leraren zitten al bijna zo lang de crisis duurt op de nullijn. Nu is het de beurt aan de zorgsector. Premier Rutte en zijn ministers stellen dat er geen reden is waarom verpleegkundigen en verzorgenden een voorkeursbehandeling verdienen boven de medewerkers in het onderwijs. Zeker nu we zo dringend onze begroting op orde moeten krijgen van Europa.

Bonden en werkgevers brengen het argument in stelling dat de sector helemaal niet wordt ontzien; er wordt immers drie miljard bezuinigd op de AWBZ. De sociale partners hameren op het zogeheten OVA-convenant (bijdrage Overheid in de Arbeidskostenontwikkeling). In dit convenant hebben overheid, bonden en werkgevers afgesproken dat de sociale partners vrijheid hebben van onderhandelen en dat de personele kosten geïndexeerd worden aan de hand van ramingen van het Centraal Planbureau.

Dit relikwie uit 1999 brengt bij mij warme herinneringen boven aan de vette jaren negentig. Toen de bomen nog tot in de hemel groeiden en het poldermodel voor iedere westerse natie zo'n beetje de heilige graal was. Helaas zijn die mooie jaren van ongekende welvaart en groei ten einde en moeten we allemaal inleveren. In de achterkamertjes in Den Haag is al een loonwet in de maak die het hele OVA-convenant verbodig maakt. En minister Schippers van VWS liet onlangs in een brief aan de Kamer weten zich in de curatieve ggz niets aan te trekken van het OVA-convenant. Omdat de prijzen in de curatieve ggz met de invoering van de prestatiebekostiging vrij onderhandelbaar zijn, is de OVA daar een dode letter, aldus de minister. Het ziet er dus naar uit dat die nullijn er wel komt in de zorgsector. Maar dat hoeft niet het einde te betekenen van de mooie principes van solidariteit waarop het poldermodel destijds is gebouwd en groot geworden is. De nullijn zou veel draaglijker zijn als ook de bestuurslaag in de zorg zich eraan zou committeren. Dan leveren we echt allemaal een beetje in.

» elsen@zorgvisie.nl

Ingezonden

Aangescherpt voorstel winstuitkering lege huls

Innovaties in de zorg komen sneller van de grond door de bemoeienis en investeringen van private partijen. Zij hebben belang bij een doelmatige en kwalitatief hoogstaande bedrijfsvoering van ziekenhuizen. Het is dan ook verstandig dat het kabinet Rutte-II de plannen van het vorige kabinet-Rutte doorzet om winst in de specialistische zorg mogelijk te maken. Op verzoek van coalitiepartner PvdA echter heeft minister Schippers de voorwaarden voor winstuitkering aanzienlijk aangescherpt.

Volgens het regeerakkoord is winstuitkering alleen toegestaan bij een surpluswinst boven 20 procent solvabiliteit. Minister Schippers heeft het gewijzigde voorstel inmiddels naar de Tweede Kamer gestuurd. Hierin is gedetailleerd vastgelegd wat wel en wat niet onder de solvabiliteit mag worden meegerekend. Verder geldt dat het bedrijfsresultaat van ziekenhuizen uit gewone bedrijfsvoering ten minste drie achtereenvolgende jaren voorafgaand aan het jaar van winstuitkering positief moet zijn.

Het is geen geheim dat minister Schippers voorstander is van de mogelijkheid voor directe investeringen in de curatieve zorg. Hier gaat het om risicodragend vermogen waarvoor de investeerder in ruil winstuitkering terugkrijgt. De door de PvdA gewenste aanpassingen leiden echter precies tot dat wat de minister in haar oorspronkelijke voorstel wilde voorkomen: dat de eisen zo streng zouden zijn 'dat private investeerders niet meer willen investeren waardoor de doelen van de wet niet behaald kunnen worden'.

De NZa constateert voor alle ziekenhuizen samen een gemiddelde solvabiliteit van 15,4 procent en waarschuwt voor financiële problemen bij instellingen. Onderzoek van BDO spreekt van een gemiddelde solvabiliteit bij algemene ziekenhuizen van 14,9 procent, terwijl slechts 16 van de 80 onderzochte ziekenhuizen voldoen aan de eis van 20 procent.

Minder goed presteren

Banken zijn terughoudender in het financieren van minder goed presterende ziekenhuizen dan in het financieren van goed presterende ziekenhuizen. De financieel minder goed presterende ziekenhuizen zullen door de aangescherpte solvabiliteitseisen echter ook niet snel aantrekkelijk zijn voor directe investeerders: voorlopig voldoen deze ziekenhuizen niet aan de solvabiliteitsratio waarbij het uitkeren van winst is toegestaan. Zodra deze ziekenhuizen daar wel aan voldoen, is de verbeterruimte vanuit directe investeerders gezien afgenomen én zijn de ziekenhuizen intussen voor banken een aantrekkelijker partij geworden om mee in zee te gaan.



FOTO: ANP/LEX VAN UESHOUT

Financieel beter presterende ziekenhuizen zijn voor banken al een interessanter partij. Voor de ziekenhuizen is bancaire financiering ook aantrekkelijker dan directe financiering via de kapitaalmarkt. Bancaire financiering is doorgaans goedkoper. Bovendien heeft een bank minder dan een private investeerder de neiging om zich te mengen in de bedrijfsvoering en het bestuur van het ziekenhuis.

Voorwaarden omzeilen

Er zijn wel mogelijkheden om de voorwaarden in het aangepaste voorstel te omzeilen. Denk aan constructies met het bouwen en huren van gebouwen, of leaseafspraken rondom medische apparatuur. Via dergelijke wegen zullen private partijen nog minder snel kiezen voor de (koninklijke) weg van het wetsvoorstel. Het aanscherpen van de winstuitkeringsvoorwaarden is juist bedoeld om private geldinjecties verantwoord te doen verlopen.

Bij dit alles is van belang dat ook de macroomstandigheden voor investeerders zijn gewijzigd. De onderzoeken waarop het ministerie van VWS zich in het aanvankelijke voorstel baseerde, dateren van vóór de akkoorden over maximaal 2,5 procent groei per jaar. In combinatie met de aangescherpte solvabiliteitseisen van het nieuwe wetsvoorstel maakt dat de aantrekkelijkheid van de sector er voor investeerders nu anders uitziet.

Het voorstel voor het opheffen van het verbod op winstuitkering in de specialistische zorg dreigt nu te verworden tot een lege huls. Het zal niet leiden tot de gewenste kwaliteitsverbetering.

GERARD ADELAAR is adviseur in de gezondheidszorg en lid van het CDA.

RAYMOND GRADUS is hoogleraar aan de VU en directeur van het WI voor het CDA.