



Overheidsgaranties: een ongezond risico?

DRS. H.R. HURTS

Inleiding

Veruit het grootste deel van de investeringen in de gezondheidszorg wordt gefinancierd door het aantrekken van leningen op de kapitaalmarkt onder overheidsgarantie. De garantstelling houdt in dat de overheid de rente- en aflossingsverplichtingen op een aangegane lening overneemt indien de betrokken gezondheidszorginstelling niet in staat zou zijn deze zelf te voldoen. Tot voor kort was de aandacht voor het fenomeen overheidsgaranties onder economen gering. Vooral onder invloed van de Studiegroep Begrotingsruimte 1) begint hierin enige verandering te komen. Eisen daarbij vooral de garantieverlening aan het bedrijfsleven en ten behoeve van de woningbouw de belangstelling op, ook voor de sector gezondheidszorg is er reden tot bijzondere aandacht.

Reeds geruime tijd doen zich rond de garantieverlening in de gezondheidszorg knelpunten voor. Deze hebben enerzijds te maken met verschillen van opvatting over de taakverdeling tussen de verschillende bestuurslagen van de overheid die bij de garantieverlening zijn betrokken, anderzijds met de risico's die voor de overheid aan het verlenen van garanties zijn verbonden. Beide aspecten zijn nauw met elkaar verweven. Ze worden in dit artikel achtereenvolgens behandeld in een poging te komen tot een herwaardering van de taak van de overheid op het gebied van de garantieverlening ten behoeve van de gezondheidszorg. We beginnen met de bestuurlijke kant van de zaak. Wat is het geval?

Taken zonder bevoegdheden

Overheidsgaranties ten behoeve van investeringen in de gezondheidszorg worden verleend op grond van de Garantierегeling inrichtingen voor gezondheidszorg uit 1958 2). In deze regeling wordt een aantal voorwaarden geformuleerd waaraan moet worden voldaan wil een gezondheidszorginstelling in aanmerking komen voor garantieverlening van rijkswege. Hoewel er nadrukkelijk sprake is van een *rijks*regeling, bestaat er een afspraak op grond waarvan bij de garantieverlening een taakverdeling wordt aangehouden tussen het rijk, de provincies en de gemeenten. De afspraak houdt in dat het rijk de garantieverlening voor ziekenhuizen op zich neemt, de provincies voor psychiatrische ziekenhuizen

en zwakzinnigeninrichtingen in de gemeenten voor verpleeghuizen en extramurale voorzieningen. Deze taakverdeling vindt haar oorsprong in de historisch gegroeide taken van provincies en gemeenten op de aangegeven gebieden, voor de provincies bij voorbeeld voortvloeiend uit de Krankzinnigenwet.

Bij de provincies en in iets mindere mate ook bij gemeenten is de laatste jaren geleidelijk onvrede gegroeid met de bestaande taak op het gebied van de garantieverlening. Als principieel bezwaar wordt aangevoerd dat tegenover deze taak, die een zeker financieel risico met zich brengt, geen zeggenschap staat over de verpleegtarieven, zodat geen invloed kan worden uitgeoefend op de exploitatie van de betrokken instellingen. Daardoor kan een situatie ontstaan waarin een verstrekte garantie wordt geëffectueerd, zonder dat alle noodzakelijk geachte maatregelen werden beproefd om dat te voorkomen. In het verleden was dit anders. De lagere overheid kon niet alleen de vaststelling van de verpleegtarieven maar ook andere voor de exploitatie van inrichtingen essentiële taken (bij voorbeeld inzake verplegevereenkomsten) tot haar beleidsterrein rekenen. Met de taakopdracht aan het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) en de invoering van de Algemene wet bijzondere ziektekosten en de Wet ziekenhuisvoorzieningen, is het beleidsinstrumentarium van de lagere overheid grotendeels komen te vervallen. Slechts een gedeeltelijke planningsbevoegdheid in het kader van de gedecentraliseerde besluitvorming over het voorzieningenbeleid resteert. Deze ontwikkeling heeft enkele provincies ertoe gebracht de garantieverlening als een provinciale taak te heroverwegen. Met name Gelderland, Overijssel en Noord-Holland hebben zich op het standpunt gesteld dat de garantieverlening in principe op provinciaal niveau dient te worden beëindigd en derhalve een taak van het rijk is. Andere provincies nemen minder vergaande standpunten in of zijn zelfs bereid de garantieverlening als een provinciale taak te behouden.

Bij gemeenten is sprake van een vergelijkbare situatie. Een aantal gemeenten is niet meer geneigd garanties te verlenen ten behoeve van nieuwbouw of verbouw van extramurale voorzieningen als gezondheidscentra en het kruiswerk. Steeds vaker zijn de betreffende organisaties dan ook

genoodzaakt voor garanties aan te kloppen bij het rijk.

Rijkstaak of niet?

Bij een eerste beoordeling van de argumentatie tegen de garantieverlening als taak van de lagere overheid lijkt deze wel steekhoudend. Bekend is immers de stelregel dat toedeling van taken zonder bijbehorende bevoegdheden bestuurlijk gezien als ongewenst moet worden beschouwd. Het is evenwel de vraag of dit ertoe zou moeten leiden dat de garantieverlening een taak van uitsluitend de rijksoverheid dient te zijn. Dit lijkt namelijk niet zonder meer logisch.

Ook de rijksoverheid beschikt niet over mogelijkheden om rechtstreeks in te grijpen in de gang van zaken ten aanzien van de exploitatie van gezondheidszorginstellingen. Zoals reeds gememoreerd, is de bevoegdheid tot het vaststellen of goedkeuren van tarieven in handen gelegd van het COTG – een zelfstandig functionerend orgaan – en heeft de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur slechts beperkte mogelijkheden om rechtstreeks invloed uit te oefenen op voor de exploitatie van voorzieningen essentiële beslissingen in de planningsfeer. Dit zou kunnen leiden tot de conclusie dat ook bij rijkstaken op het gebied van de garantieverlening vraagtekens moeten worden gezet, en a fortiori bij een uitbreiding van die taken ten opzichte van de huidige situatie. Het ligt dan ook voor de hand de meer fundamentele vraag te stellen of naast de taakverdeling tussen de verschillende bestuurslagen niet ook de overheidstaak op het gebied van de garantieverlening als zodanig ter discussie moet worden gesteld. Alvoors hierop verder in te gaan is het nuttig de motieven te bespreken achter de garantieverlening door de overheid, zodat kan worden gezien welke ruimte deze motieven laten voor alternatieve constructies op het gebied van de garantieverlening, die tegemoet komen aan de hiervoor geschetste problemen.

Motieven achter garantieverlening

Over de motieven achter garantieverlening door de overheid bestaat niet in alle gevallen even grote duidelijkheid. Zeer verschillende motieven kunnen in het geding zijn. Voor de sector gezondheidszorg is vanouds de mogelijkheid tot het *reducere* van de *rentelast* door het afgeven van een overheidsgarantie aan de kredietverlennende instellingen een belangrijk motief.

1) Studiegroep Begrotingsruimte, *Beheersbaarheid van de collectieve uitgaven*, Staatsuitgeverij, 1983, in het bijzonder blz. 95-101.

2) *Voluit: Regeling tot het verlenen van garanties voor leningen aangegaan voor bouw of herbouw, herstel en uitbreiding van inrichtingen voor gezondheidszorg*, Tweede Kamer, zitting 1957-1958, 4900, nr. 11, en zitting 1960, 6100, nr. 10.

In het algemeen wordt aangenomen dat garantstelling door de overheid een rentereductie op voor investeringsprojecten aangegane leningen mogelijk maakt in de orde van grootte van 0,25 tot maximaal 1%-punt. Op zich zelf maken dergelijke percentages geen spectaculaire indruk, maar bedacht moet worden dat de totale omvang van door de overheid gegarandeerde renteverplichtingen bijzonder groot is. Alleen al het rijk had in 1982 meer dan f. 3 mrd. aan garanties ten behoeve van de gezondheidszorg uitstaan 3). Het totale bedrag voor de provincies blijft hier niet ver onder 4). Gegevens over uitstaande gemeentelijke garanties zijn er niet, maar gezien het wél bekende feit dat de laatste jaren globaal 25% van de gegarandeerde bedragen bij het rijk berust, tegenover 75% bij de lagere overheid, mag bij wijze van zeer ruwe schatting worden aangenomen dat het totale bedrag aan uitstaande garanties voor de gehele overheid in de buurt ligt van f. 10 mrd. Aangezien rentebetalingen op door gezondheidszorginstellingen aangegane leningen via de verpleegtarieven worden doorberekend aan de consumenten van de zorg, i.c. de ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars, is het duidelijk dat bij bedragen in deze orde van grootte ook een beperkte reductie van verschuldigde rentepercentages een niet onbelangrijke bijdrage kan leveren aan het streven naar kostenbeperking in de gezondheidszorg.

Het is overigens de vraag of rentereductie tegenwoordig nog het eigenlijke argument is voor garantieverlening. Het is namelijk in de loop der tijd voor gezondheidszorginstellingen bijzonder moeilijk geworden om *zonder* overheidsgarantie nog leningen voor investeringsprojecten op te nemen. Financiering van grote projecten uit eigen vermogen of uit niet-gegarandeerde leningen komt de laatste jaren nauwelijks meer voor. Voor alle gezondheidszorginstellingen die ten behoeve van hun investeringen zijn aangewezen op leningfinanciering 5) is het bankwezen, nagenoeg bij uitsluiting van andere kapitaalverschaffers, financieel intermediair geworden. Zoals gebruikelijk verbindt het bankwezen aan zijn rol op dit gebied bepaalde eisen. In het algemeen komen deze erop neer dat zonder meer garantstelling wordt verlangd. Dit heeft niet in de laatste plaats te maken met het feit dat bouwwerken met een gezondheidszorgbestemming buiten deze bestemming slechts een geringe waarde hebben. Als onderpand bij leningen zijn ziekenhuizen e.d. derhalve in het algemeen niet interessant. In deze omstandigheden krijgt garantstelling door de overheid de functie van het *zekerstellen van de financiering* van investeringsprojecten.

Buiten de gezondheidszorgsfeer worden ook andere motieven in verband gebracht met garantieverlening, vooral op het gebied van de *besluitvorming*. Onlangs heeft Wilms er in dit blad op gewezen dat belangrijke motieven achter het verlenen van bij voorbeeld kredietgaranties door de overheid aan bedrijven gelegen kunnen zijn in het ontwijken van de budgettaire klem en het omzeilen van als te hinderlijk

ervaren parlementaire controle 6). Garantieverlening zou dan een handige vluchtroute zijn voor een overheid die problemen heeft of verwacht met het rechtstreeks via de begroting tot stand brengen van beoogde voorzieningen. Spelen deze argumenten ook een rol bij de garantieverlening voor ziekenhuisbouw? Om deze vraag te kunnen beantwoorden is het nodig te bezien op welke wijze de garantieverlening in relatie staat met het begrotingsproces.

Bouwplafond en garantieplafond

Zoals bekend is de gezondheidszorg voor het grootste deel een zaak van particulier initiatief, gefinancierd via de sociale en particuliere ziektekostenverzekeringen. In het hoofdstuk „Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur” van de rijksbegroting is slechts een bijzonder klein gedeelte te vinden van de geldstromen die binnen de gezondheidszorgsector omgaan. Toch heeft de overheid via een aanzienlijke regulering een duidelijke – zij het indirecte – greep op deze sector. Een zeer belangrijk onderdeel van deze regulering betreft de planning van gezondheidszorgvoorzieningen, met als centraal element het z.g. bouwplafond. Het bouwplafond, dat overigens niet rechtstreeks is gekoppeld aan het begrotingskader, wordt door de centrale overheid vastgesteld en geeft aan tot welk bedrag in een bepaald jaar maximaal bouwinvesteringen mogen worden gedaan in de gehele gezondheidszorg 7).

Deze rubriek wordt verzorgd door het Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven

Hoewel het bouwplafond een normering inhoudt van de jaarlijks aan bouwinvesteringen te besteden bedragen, levert het geen norm op voor het totaalbedrag aan te verstrekken garanties. Garanties kunnen immers betrekking hebben op meer dan zuivere bouwinvesteringen alleen. Bij investeringen in de gezondheidszorg wordt globaal de helft van de in totaal bestede bedragen veroorzaakt door bouwkosten. De andere helft zijn overige kosten, voornamelijk inrichtingskosten. Aangezien ook deze onder de werking van de Garantieregeling 1958 vallen, kan bij een bouwplafond voor 1984 van f. 610 mln. 8), de totale garantieverlening in dit jaar alleen al oplopen tot ruim boven de f. 1 mrd. Om ook het aan het bouwplafond ontsnappende deel van de investeringskosten te normeren is, wél in de begroting, een garantieplafond opgenomen.

Zodra het plafond in een bepaald jaar is bereikt, kunnen geen garanties meer worden verleend. Twee dingen moeten hierbij worden opgemerkt. Ten eerste is de norm door een ruime vaststelling tot op heden nooit effectief geworden. Ten tweede heeft de norm door zijn plaats in de rijksbegroting uitsluitend betrekking op door het rijk verstrekte garanties. Zoals we hiervoor hebben gezien betekent dit dat slechts on-

geveer een kwart van de in totaal door de overheid verstrekte garanties onder het plafond valt. Desondanks concluderen wij dat de garantieverlening ten behoeve van de gezondheidszorg niet volledig buiten het financiële besluitvormingsproces blijft, dank zij de gecombineerde werking van het bouwplafond en het garantieplafond. Weliswaar wordt een deel van de garantieverlening niet door beide plafonds bestreken, maar er is in ieder geval enig beheersingsinstrumentarium voorhanden, dat door zijn gedeeltelijke fundering in de begroting parlementaire controle mogelijk maakt. De garantieverlening mag in dit geval dan ook niet zonder meer worden bestempeld als een handige vluchtroute voor de overheid, omdat er in de gezondheidszorg geen sprake lijkt te zijn van door garantieverstrekking mogelijk gemaakte pogingen tot debudgettering. Het blijft natuurlijk wel de vraag in hoeverre garanties kunnen leiden tot begrotingsuitgaven in latere jaren dan in het jaar waarin zij verstrekt. Een dergelijke situatie kan zich voordoen indien een bepaalde garantie wordt aangesproken en leidt tot onvermijdbare uitgaven. Dit is afhankelijk van het risico dat met garanties in de gezondheidszorg wordt gelopen.

Risico

Het risico-aspect speelt een belangrijke rol in het vraagstuk van de garantieverlening in de gezondheidszorgsector. Dat is niet altijd zo geweest. Lange tijd zijn garanties ten behoeve van gezondheidszorginstellingen beschouwd als nagenoeg risicoloos. Situaties waarin instellingen in zodanige betalingsmoeilijkheden zouden komen te verkeren dat het aanspreken van verstrekte garanties noodzakelijk zou zijn, werden in het algemeen niet voorstelbaar geacht. Ook nu is het niet zo dat garanties op grote schaal dreigen te worden geëffectueerd. Toch zijn bij de verschillende overheden de zorgen over de mogelijke financiële risico's die aan garanties zijn verbonden geleidelijk gegroeid. Dit geldt vooral voor de provincies en gemeenten. Zo had de provincie Noord-Holland in 1983 ruim f. 440 mln. aan garanties uitstaan. Hiervan had naar schatting zeker de helft betrekking op de gezondheidszorg. Tegen-

3) *Miljoenennota 1984*, blz. 206.

4) In 1981 bedroeg dit f. 2,5 mrd.

5) Zoals gezegd zijn dit bijna alle instellingen; een uitzondering geldt bij voorbeeld voor de academische ziekenhuizen. De investeringen in deze ziekenhuizen worden á fonds perdu gefinancierd uit de rijksbegroting, hoofdstuk Onderwijs en Wetenschappen.

6) P.J.M. Wilms, Geldstromen tussen overheid en bedrijfsleven, *ESB*, 18 januari 1984, blz. 71-72. Zie ook: *Beheersbaarheid van de collectieve uitgaven*, blz. 96-97.

7) Ook hier is sprake van slechts enkele uitzonderingen, waarvan de academische ziekenhuizen de voornaamste zijn.

8) *Financieel Overzicht van de Gezondheidszorg 1984*, Tweede Kamer, vergaderjaar 1983-1984, 18 100, hfst. XVI, nr. 9.

over deze bedragen staat een algemene reserve van slechts iets meer dan f. 30 mln. Onder de garanties bevinden zich enkele die dit bedrag in omvang benaderen. Dit maakt duidelijk dat één omvangrijk debâcle bij een zorginstelling voldoende kan zijn om de provincie financieel aan de rand van de afgrond te brengen.

Dit gegeven maakt tegelijkertijd duidelijk waarom een aantal provincies en gemeenten zich zo strikt opstelt bij hun principiële afwijzing van een eigen taak op het gebied van de garantieverlening: het eventuele risico staat eenvoudig in geen verhouding tot de eigen financiële mogelijkheden.

Evenals bij de hiervoor behandelde bestuurlijke verantwoordelijkheden, moet ook nu de vraag worden gesteld of de zaak op het rijksniveau gemakkelijker ligt. Dat lijkt niet het geval te zijn. Bij eventuele aanspraken op door het rijk verstrekte garanties dient compensatie te worden gevonden binnen de begroting van WVC. Het behoeft geen betoog dat ook daar geen miljoenen braakliggen. Weliswaar zal niet de gehele overheid door één faillissement in acute betalingsproblemen geraken, maar de gevolgen binnen de begroting van WVC kunnen aanzienlijk zijn. Ten tweede male zijn wij derhalve op een punt gekomen waar wij ons moeten afvragen of een verschuiving van taken tussen de verschillende bestuurslagen binnen de overheid wel een oplossing kan bieden.

Hoe groot is nu eigenlijk het risico dat garanties worden aangesproken? Er is geen reden de risico's overdreven groot voor te stellen. Tot op heden is het slechts sporadisch voorgekomen dat gezondheidszorginstellingen in zo grote financiële moeilijkheden zijn gekomen dat effectivering van garanties onvermijdbaar werd. Weliswaar mag worden aangenomen dat naast het enkele geval dat doordringt tot de openbaarheid ook een aantal „bijna-gevallen” zal staan, maar dit mag nog niet onmiddellijk verontrustend heten. Wel moet echter worden bedacht dat de financiële omstandigheden voor gezondheidszorginstellingen de komende jaren steeds moeilijker zullen worden. De combinatie van budgetfinanciering en een verstrakkerd tarievenbeleid zal er toe leiden dat de financiële „rek” voor het opvangen van tegenvallers en ondoelmatig beheer steeds kleiner wordt. Meer dan in het verleden zal dan ook rekening moeten worden gehouden met het risico dat problemen bij onderdelen van de bedrijfsvoering van gezondheidszorginstellingen zich zullen vertalen in acute financiële moeilijkheden bij die instellingen als geheel. Een versterkte bewaking van de bedrijfsvoering en een zorgvuldige afweging van investeringen in dat verband lijken dan ook noodzakelijk.

Knelpunten bij toezicht

Het voorafgaande voert tot de conclusie dat de werkelijke omvang van de risico's die de overheid loopt bij garantieverlening in sterke mate afhankelijk is van de kwaliteit van het beheer in de gezondheidszorg

en het toezicht dat daarop wordt uitgeoefend. Juist met betrekking tot dit laatste doen zich knelpunten voor, met name bij de lagere overheid. Op het rijksniveau is de bewaking van projecten ten behoeve waarvan garanties zijn verstrekt vrij strak geregeld. Aan de hand van een reeks kengetallen voor de bedrijfsvoering van de betrokken instellingen vindt een kwartaalsgewijze controle plaats. Deze controle heeft een signaalfunctie voor wat betreft dreigende exploitatieproblemen. Bij een goed functioneren van het signaleringssysteem kunnen problemen tijdig worden opgevangen en kan worden voorkomen dat in latere periodes het aanspreken van garanties onvermijdbaar wordt.

Bij provincies en gemeenten ligt het moeilijker met het toezicht. In veel gevallen ontbreken kennis en mankracht om een adequaat signaleringssysteem op te bouwen en te onderhouden. Het risico dat met garanties wordt gelopen neemt daardoor toe. Vanzelfsprekend geldt dit probleem niet voor alle gemeenten en provincies in gelijke mate, maar in algemene termen kan worden gesproken van een knelpunt dat de komende jaren naar verwachting zwaar zal gaan tellen.

Slot

Het huidige, in beleidstermen als „pluriform” aangeduide, garantiebeleid ten behoeve van investeringen in de gezondheidszorg is aan herziening toe. Ten eerste kunnen vraagtekens worden gezet bij de taken die gemeenten, provincies en het rijk hebben op het gebied van de garantieverlening, ten tweede is de opvang van eventuele financiële risico's niet goed geregeld. Deze problemen zijn weliswaar niet nieuw, maar de invoering van budgetfinanciering in de gezondheidszorg kan, in combinatie met een strakker tarievenbeleid, leiden tot vergroting van de risico's, zodat problemen mogen worden verwacht.

Er zijn diverse pogingen verricht beleidsalternatieven te formuleren. Reeds in het begin van de jaren zeventig vond een discussie plaats over de meest wenselijke financieringsvormen voor investeringen in de gezondheidszorg, waarbij ook het garantie-aspect ter sprake kwam. Ideeën over de oprichting van een ziekenhuisbank, die een centrale taak zou kunnen krijgen bij het zeker stellen van de financiering van investeringen, zijn daarbij naar voren gebracht en kritisch besproken 9).

Kort geleden heeft een werkgroep bestaande uit vertegenwoordigers van de meest betrokken departementen en van de lagere overheid zich beziggehouden met de problematiek van de garantieverlening en daarbij alternatieven geïnventariseerd 10). De mogelijkheden lopen uiteen van het handhaven van het huidige pluriforme garantiebeleid in combinatie met een gezamenlijke garantieregeling voor grote risicogevende projecten, tot volledige centralisering van de garantieverlening bij of wel het rijk, of wel een speciale financiële instelling zoals een centraal garantie-instituut of een ziekenhuisbank. Het zou

zinnig zijn dat de aangereikte alternatieven op korte termijn nader worden bestudeerd. In ieder geval maakt de analyse in dit artikel één belangrijke conclusie daarbij vast mogelijk: voorstellen die steunen op een herverdeling van taken tussen de verschillende bestuurslagen binnen de overheid kunnen naar alle waarschijnlijkheid geen werkelijke oplossing bieden voor de gesignaleerde combinatie van problemen op het gebied van taakverdeling en risico. Dit betekent dat constructies als achterborgregelingen, waarbij bij voorbeeld het rijk in tweede instantie geheel of gedeeltelijk garant staat voor financiële aanspraken op lagere overheden, in feite niet meer zijn dan het verschuiven van accenten onder handhaving van de bestaande principiële en praktische tekortkomingen van het huidige garantiesysteem. Bij de gedachtenvorming over beleidsalternatieven zal het dan ook vooral moeten gaan om meer vergaande varianten, die de mogelijkheid bieden de directe overheidstaak op het gebied van de garantieverlening te reduceren of zelfs te beëindigen. Op grond van de in dit artikel besproken zwakke directe bestuurlijke betrokkenheid van de verschillende overheden bij de investeringen en exploitatie in de gezondheidszorg lijkt een voorkeur voor het laatste op zijn plaats. Kan de garantieverlening niet het beste gezond worden gehouden door de gezondheidszorg zelf?

Hugo Hurts

9) Zie bij voorbeeld P.J. Kuijken, Ziekenhuisbank gewenst?, *ESB*, 3 maart 1971, blz. 203-205.

10) Werkgroep Borgstellingen in de gezondheidszorg.