

Zijn ziekenhuizen minder “creatief” in accounting?

door G.VAN HERCK



Gustaaf Van Herck
KULeuven, Departement Toegepaste
Economische Wetenschappen,
Leuven

ABSTRACT

Er is veel empirische evidentie dat creatief accounting toegepast wordt in een commerciële omgeving. Of ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen dit ook doen is niet geweten.

Het blijkt echter dat ziekenhuismanagers ook motieven kunnen hebben om de boekhoudkundige winsten en kosten te beïnvloeden.

Toch is het te verwachten dat ziekenhuisdirecties minder geneigd zijn tot deze technieken van jaarrekeningmanagement omdat ze eerder beoordeeld worden op het managen van de zorg dan op basis van financiële criteria.

I. INLEIDING

In de accountingliteratuur wordt er én theoretisch geargumenteed én is er ruime empirische evidentie dat creatief accounting toegepast wordt in een commerciële omgeving. Creatief accounting wordt daarbij omschreven als “het door het management nemen van maatregelen om de financiële positie en/of de financiële resultaten zoals die uit de jaarrekening blijken te beïnvloeden”. Het gaat daarbij niet om fraude.

Het is duidelijk dat zo wel financiële, investerings- en operationele beslissingen de gerapporteerde financiële resultaten van elk bedrijf beïnvloeden. Echter ook de accountingbeslissingen spelen hierin een rol en zijn dus niet louter routine !

In dit artikel beperken we ons tot de motieven die in ziekenhuizen aan de basis zouden kunnen liggen van accountingbeslissingen om de jaarrekening te “sturen of te optimaliseren”. Het zal blijken dat er minder prikkels hiertoe aanwezig zijn in ziekenhuizen dan bij hun commerciële collegae. Benadrukt wordt dat er geen enkele evidentie bestaat dat deze technieken van jaarrekeningmanagement in zorginstellingen ook effectief worden toegepast.

II. MINDER MOTIEVEN TOT CREATIEF ACCOUNTING IN ZIEKENHUIZEN?

De literatuur over creatief accounting richt zich vooral op het aspect winstmanipulatie. Voor een overzicht van de motieven die commerciële ondernemingen hebben om aan winstmanagement te doen wordt verwezen naar Vander Bauwhede en Willekens (2000). Vermits ziekenhuizen geen commerciële ondernemingen zijn en omdat “winst” er als relatief minder belangrijk beschouwd wordt als maatstaf van performantie wordt hierna onderzocht of er minder motieven aanwezig zouden zijn tot zogenaamd “earnings management”.

A. *Performantie-indicatoren als element van een kwaliteitssysteem in ziekenhuizen*

Heel wat Vlaamse zorgorganisaties trachten hun activiteiten te sturen aan de hand van elementen vervat in het KWADRANT –model voor zorgexcellentie (Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap

(2000)). Zorgorganisaties zoals ziekenhuizen bieden in de eerste plaats kwaliteitsvolle zorg. Kenmerken daarvan zijn ondermeer doeltreffendheid, deskundigheid, risicobeheersing, toegankelijkheid. Performantie-indicatoren verwijzen dus vanzelfsprekend naar patiëntgeoriënteerde resultaten (klinische indicatoren, patiëntentevredenheid, huisartsentevredenheid, wachttijden, ...).

De meest cruciale factor om succes te hebben in de zorg is de menselijke factor: Vandaar dat indicatoren met betrekking tot de medewerkers zeer belangrijk zijn (jobsatisfactie, ziekteverzuim, goede relaties tussen het management en de artsen...).

De financiële performantie is dus niet dé drijfveer. Ziekenhuizen moeten echter wel zorgen dat ze financieel gezond blijven of worden en daarvoor is over de tijd bekeken het realiseren van een voldoende winst en zeker voldoende cash flow noodzakelijk. Het bewaken van het financiële is een noodzakelijk kwaad om de goede zorg te kunnen continueren en te verbeteren. De stakeholders verwachten van het management niet in de eerste plaats de beste financiële prestaties maar een hoge kwaliteitsvolle activiteit die in de toekomst kan voortgezet worden. En dit laatste kan niet zonder voldoende financiële middelen.

Uit de aard van de kernactiviteiten en de doelstellingen van de zorginstellingen mag dan ook verwacht worden dat ziekenhuismanagers minder geneigd zijn om aan winstmanipulatie te doen.

B. Motieven gerelateerd aan expliciete contracten

Empirisch onderzoek in de commerciële sector toont aan dat bestaande en toekomstige kredietvoorwaarden managers aanzetten om de accountingcijfers te manipuleren. Men mag verwachten dat het bindend worden van huidige en toekomstige kredietvoorwaarden een rol zal spelen in het voeren van een jaarrekeningbeleid (dat niet alleen gericht is op winst, maar ook solvabiliteit enz). “Ceteris paribus, the larger a firm’s debt/equity ratio, the more likely the firm’s manager is to select accounting procedures that shift reported earnings from future periods to the current period” (Vander Bauwhede en Willekens (2000)).

Het risico van de kredietinstellingen bestaat erin dat alle verstrekte middelen kunnen gec recupereerd worden in geval van een rampscenario zoals vereffening van een ziekenhuisorganisatie. Ten eerste stelt men echter vast dat dergelijke rampscenario’s de facto zeer

uitzonderlijk zijn voor ziekenhuizen in vergelijking met de commerciële collegae. Ten tweede bestaan voor openbare ziekenhuizen de bijkomende zekerheden van de locale overheden. Ten derde mag men verwachten dat de overheid de regionale toegankelijkheid van de zorg zal blijven garanderen en hiertoe ondersteuning zal proberen te bieden of een oplossing via samenwerking tussen ziekenhuizen zal stimuleren.

Desalniettemin zullen kredietinstellingen de nodige voorwaarden blijven stellen voor het goedkeuren van kredietdossiers en dit zou ook in ziekenhuizen kunnen aanzetten tot accountingmanipulatie. Omdat ziekenhuisdirecties echter een relatief positievere houding verwachten van de kredietinstelling omwille van bovenvermelde redenen mag verwacht worden dat creatief accounting in deze instellingen relatief beperkter is, te meer omdat men maar “winsten kan transfereren door de tijd indien er winsten zijn”.

In de commerciële sector werd aangetoond dat bonusplannen gekoppeld aan financiële resultaten kunnen aanzetten tot accountingmanagement door bijvoorbeeld toekomstige winsten naar huidige perioden te shiften. Vaak ging het om het toekennen van aandelen of aandelenopties of het verlenen van bijkomende beloningsvoordelen.

De traditie om, omwille van financiële performantie extra voordelen toe te kennen aan het management van ziekenhuizen komt o.i. weinig voor. Uit punt A blijkt immers dat het financiële een (belangrijke) randvoorwaarde is maar dat ziekenhuismanagers zouden moeten beloond worden voor de mate waarin ze goed scoren op de hele waaier van meestal niet financiële targets. Men mag dan ook verwachten dat mogelijke extra beloningsvoordelen in ziekenhuizen slechts uitzonderlijk zullen leiden tot creatieve boekhoudingrepen.

In het kader van het bekomen van subsidies voor investeringen voor bouwwerken in de ziekenhuissector vereist het Vlaams infrastructuurfonds voor persoonsgebonden aangelegenheden (VIPA) het indienen van een zorgstrategisch en masterplan. Vermits het financieel criterium slechts één beoordelingselement is in het beslissingsproces, omdat de cijfers over meerdere jaren worden onderzocht en vermits de oorspronkelijk ingediende financiële resultaten en begrotingen regelmatig in de procedure moeten geactualiseerd worden wordt geen prikkel verwacht tot manipulatie van de cijfers omdat een kenmerk van

manipulatie juist is dat “verbeteringen nu” in latere jaren resulteren in een slechter beeld.

C. Motieven gerelateerd aan impliciete contracten

In bepaalde financiële crisissituaties of in geval van herstructurering kunnen managers anticiperen dat hun persoonlijke toekomst nauw verbonden is met de resultaten van hun acties. De manager moet zich bewijzen, moet zijn reputatie hoog houden of aantonen en het vertrouwen verkrijgen of terugwinnen. Dergelijke omstandigheden kunnen een prikkel inhouden om de cijfers te manipuleren uit vrees voor sancties. Bekend daarbij is het zogenaamd “big bath accounting” fenomeen waarbij een nieuwe manager in het jaar van de herstructurering geneigd zou zijn het financiële resultaat overdreven negatief voor te stellen zodat hij verzekerd is van succes in het volgende jaar.

Meer dan wellicht in commerciële bedrijven zou de neiging kunnen bestaan bij zorginstellingen om geen te grote winsten te rapporteren omdat dit bijkomende eisen van de werknemers kan tot gevolg hebben. In het kader van de toekomstige verplichte openbaarmaking van de jaarrekening zouden relatief hoge winsten door de publieke opinie misbegrepen kunnen worden en in een negatief daglicht kunnen gesteld worden.

D. Ontbreken van motieven om de kapitaalmarkt te beïnvloeden

Voor ondernemingen die op de beurs genoteerd zijn bleek: “research findings provide empirical evidence that a firm’s relation with capital markets can create incentives to influence earnings” (Vander Bauwhede en Willekens (2000)). De verwachting omtrent het al dan niet halen of overschrijden van winstvoorspellingen, het mogelijks geplande verhandelen van aandelen met voorkennis en het soms nastreven van een relatief constant dividend of een constante dividend payout ratio geeft opportunistische prikkels tot manipulatie van de cijfers. Deze manipulatie kan ook de vorm aannemen van “income smoothing”. We verwijzen hier ook naar de bijdragen van Vandendorre en Van Hulle in dit nummer van het tijdschrift.

Het is duidelijk dat deze motieven volledig onbestaand zijn in verzorgingsinstellingen.

E. Motieven gerelateerd aan de financiering van het ziekenhuis

In de commerciële bedrijven zullen diverse manipulaties ingegeven worden door fiscale motieven (zie Vander Bauwhede (2001) die besluit "...we document that tax is an important driver of earnings management. Therefore, the question arises whether tax and financial reporting should not better be separated"). Het fiscale motief moet in dit geval concurreren tegen andere motieven. Men moet immers een afweging maken tussen lage te rapporteren winsten (omwille van fiscale gevolgen) of hoge omwille van de beurskoers, expliciete contracten enz...

In de ziekenhuissector staat tegenover de fiscale spitstechnologie het feit van de financiële spitstechnologie omwille van de ontransparante ziekenhuisfinanciering en het duale karakter van de financiering (deel gefinancierd door de overheid en een deel voortkomend uit de artsenhonoraria) (zie Degadt en Van Herck (2003)).

Het meest frappante voorbeeld van ontransparantie in de jaarrekening tengevolge van de financieringsregels is het voorkomen van de zogenaamde rubriek "Inhaalbedragen" in de jaarrekening. De hoogte van deze rubriek beïnvloedt zo wel de balans en het resultaat en is voldoende om een positief resultaat in een bepaald jaar vaak om te buigen in een negatief of omgekeerd. Alleen door strict en consistent de boekhoudprincipes toe te passen wordt een fair resultaat bekomen. De nieuwe wet op de financiering van de ziekenhuizen sinds 2002 zal dit probleem in de toekomst verminderen.

Het ziekenhuisbudget van de overheid komt omwille van een (weliswaar ondoorzichtige) evolutie naar meer pathologiefinanciering meer en meer los te staan van boekhoudinformatie en wordt meer en meer gekoppeld aan activiteitsgegevens omtrent de zorg (hetgeen de prikkel tot creatief accounting zou kunnen verschuiven naar creatieve activiteitenrapportering). Toch blijven grote onderdelen van het budget nog steeds gekoppeld aan boekhoudkosten en kunnen verschuivingen hierin aanleiding geven tot wijzigingen in de grootte en timing van de financieringsstromen van de overheid. Bovendien heeft de overheid een perverse traditie gehanteerd in het verleden om het toekennen van financiële middelen te koppelen aan de kosten van het verleden hetgeen prikkels kan geven om wijzigingen in de financiering boekhoudkundig te anticiperen. De vaak toegepaste techniek om cijfers te vergelijken met het gemiddelde (van een deel) van de sector kan

eveneens ongewenste reacties uitlokken. Zo lang de overheid het budget verdeelt tussen de ziekenhuizen zodat wat de ene meer krijgt dan de andere, en de overheid dus bewust concurrentie omwille van het geld stimuleert (en dat in deze sector!) bestaat het gevaar dat de meest creatieve organisaties zullen beloond worden.

De bestaande regeling voor financiering van het deficit van openbare ziekenhuizen zou een prikkel kunnen geven om het boekhoudkundig tekort te vergroten en hierdoor de mogelijkheid te vergroten tot het bekomen van meer financiële tussenkomsten door de lokale overheid.

Artikel 140 van de ziekenhuiswet regelt de aanwending van de centraal geïnde honoraria van de artsen en vormt de wettelijke basis voor de tweede belangrijke geldstroom in het ziekenhuis. Zonder deze financiële tussenkomsten van de artsen kunnen ziekenhuizen onmogelijk overleven omdat het overheidsbudget hiervoor vermeld structureel te klein is.

Immers in paragraaf I ten vierde stelt de wetgever dat de centraal geïnde honoraria kunnen aangewend worden ter verwezenlijking van de maatregelen om de medische activiteit in stand te houden of te bevorderen. Dit heeft onder meer tot gevolg dat ziekenhuizen die in financiële moeilijkheden zijn of dreigen te komen op basis van dit artikel bijkomende financiële middelen van de artsen kunnen vragen om de crisis te overbruggen. Door de verplichte invoering van de financiële commissie in 2002 (artikel 129 bis) wordt asymmetrie in financiële informatie voorkomen. Deze commissie is paritair samengesteld uit een delegatie van de de beheerder en een delegatie van de Medische Raad. De Medische Raad kan zich laten bijstaan door een financieel deskundige. Deze commissie bespreekt ten minste de jaarrekening, de begrotingsramingen, het verslag van de revisor en de aangerekende kosten.

Los van de financiële tussenkomsten in het kader van crisisbijdragen vermeld in de hiervoor geciteerde paragraaf I ten vierde wordt tussen de beheerder en de Medische Raad een financiële regeling overeengekomen die diverse vormen kan aannemen variërende van een vaste vergoeding voor de arts, of een procentuele afdracht van de honoraria tot systemen waarbij de reël door de arts veroorzaakte kosten dienen terugbetaald worden. Het is duidelijk dat alleen systemen die gelinkt zijn met boekhoudinformatie (alle systemen waarbij kosten een relevante parameter vormen) aanleiding kunnen geven tot kostenmanipulatie.

III. BEPERKINGEN TOT CREATIEF ACCOUNTING IN ZIEKENHUIZEN

A. *Bestaande accountingregelgeving voor ziekenhuizen*

De wetgeving op de ziekenhuisboekhouding is veel strenger dan voor commerciële bedrijven. Zo maken de vaste afschrijvingsregels, het direct imputeren van directe kosten op de respectievelijke kostenplaatsen meerdere manipulaties onmogelijk. Op de toepassing van deze regels in het kader van de ziekenhuisfinanciering wordt controle uitgeoefend door de overheid.

B. *Het omkerende karakter van veel technieken van creatief accounting*

Typisch voor veel creativiteit betreffende kosten en winstcijfers is dat het voornamelijk verschuivingen betreft in de tijd (bijvoorbeeld voorzieningen) zodat over meerdere jaren beschouwd dit geen effecten heeft (met uitzondering van de eventuele actualisatiefactor)

C. *De kwaliteit van de revisorale controle*

In ziekenhuizen heeft de bedrijfsrevisor een uitgebreidere bevoegdheid dan in de commerciële bedrijven omdat hij ook instaat voor de controle van de centrale inning van de honoraria. Er wordt vastgesteld dat de meeste revisoren actief in de ziekenhuissector een grote ervaring hebben verworven met het specifieke van deze sector en er zich ook vaak in specialiseren. De aanstelling van een financieel deskundige in het kader van de financiële commissie versterkt het vertrouwen in de cijfers.

D. *Versterking van het behoorlijk bestuur van de ziekenhuizen*

Door een professionalisering van de raden van bestuur wordt hun toezichtrol versterkt en groeit het bewustzijn dat een goed intern controlesysteem en een interne auditfunctie nuttig zijn. De te lang bestaande mentaliteit van overdreven vertrouwen in het management zonder voldoende vorm van toezicht zal hierdoor verdwijnen. Tevens moet er aandacht gaan naar de oprichting van een remuneratiecomité en een auditcomité waarin enkele onafhankelijke beheerders zetelen.

Door artsen meer te betrekken in het beslissingsproces van het ziekenhuis wordt een bijkomende rem tegen jaarrekeningmanagement gevormd.

IV. BESLUIT

Alhoewel er geen enkele empirische evidentie bestaat dat creatief accounting in ziekenhuizen voorkomt kan het zijn dat het duale systeem van financiering er toe aanzet. Het recent installeren van de financiële commissie, meer aandacht voor behoorlijk bestuur en de rol van de artsen erin, de werking van een auditcomité en het gebruikelijke toezicht door overheid en revisor vormen remmen op deze creativiteit.

In vergelijking met commerciële ondernemingen wordt verwacht dat er minder motieven tot creatief accounting optreden omwille van de afwezigheid van bonusplannen, de kleinere risico's bij kredietverplichtingen, het niet moeten voldoen aan beursverwachtingen, enzovoort. Managers van ziekenhuizen worden bovendien in eerste instantie beoordeeld op basis van het managen van goede zorg en minder op basis van financiële criteria zodat men mag aannemen dat ze hun creativiteit vooral richten op het nastreven van goede kwaliteit van de zorg.

Ziekenhuizen lijken dus minder creatief te moeten zijn in accounting.

REFERENTIES

- Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, 2000, Kwadrant, 107, (KULeuven).
Degadt, P. en Van Herck, G., 2003, Financiering van ziekenhuizen en het arenamodel, *Tijdschrift voor Economie en Management* XLVIII, 1, 119-132.
Vander Bauwhede, H., 2001, Earnings Management in a Non Anglo-Saxon Environment, Doctoraatsverhandeling, (KULeuven), 408.
Vander Bauwhede, H. en Willekens, M., 2000, *Tijdschrift voor Economie en Management* XLV, 2, 189-212.

