

# Management van vastgoed in de zorgsector

Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg  
aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Zoetermeer, 2006

**Raad voor de Volksgezondheid en Zorg**

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 7100

2701 AC Zoetermeer

Tel 079 368 73 11

Fax 079 362 14 87

E-mail [mail@rvz.net](mailto:mail@rvz.net)

URL [www.rvz.net](http://www.rvz.net)

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag

Fotografie: Eric de Vries

Druk: Quantes, Rijswijk

Uitgave: 2006

ISBN-10: 90-5732-165-3

ISBN-13: 978-90-5732-165-8

*U kunt deze publicatie bestellen via onze website ([www.rvz.net](http://www.rvz.net))  
of telefonisch via de RVZ (079 3 68 73 11) onder vermelding van  
publicatienummer 06/02. De prijs van de publicatie is € 15,00.*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

## **Leg de verantwoordelijkheid voor het vastgoed en de kapitaallasten volledig bij de zorginstelling, zonder overheidsbemoeienis, maar geef haar dan ook bevoegdheden op dit vlak.**

### **Welk probleem lost dit advies op?**

De onduidelijkheid over de verantwoordelijkheid voor het zorgvastgoed. Stagnerende introductie marktwerking in de zorgsector.

### **Wat zijn de gevolgen voor de consument?**

Klantvriendelijker en innovatiever bouwen in de zorgsector. Scheiden van wonen en zorg.

### **Wat zijn de gevolgen voor de zorgverlener?**

Veel meer nadruk op financieel management en op vastgoedontwikkeling. Scherper toezicht banken (en RvT) en een ander gesprek met verzekeraar/zorgkantoor. Noodzaak strategische visie te ontwikkelen en deze te bespreken met zorgprofessionals. In vastgoed- en huisvestingsdiscussies verschuiving van aanbod- naar vraagperspectief. Sanering zwakgeleide instellingen, al dan niet door overnemingen.

### **Wat kost het?**

Afhankelijk van aantal probleeminstellingen, een relatief klein bedrag ten behoeve van flankerend overheidsbeleid bij de overgang naar nieuwe regime (waarschijnlijk alleen in 2007).

### **Wat is nieuw?**

De overgang naar een nieuw regime voor kapitaallasten moet een 'big bang' zijn. Laat die overgang vooral ook een snelle, harde sanering zijn in de zorgsector. Faciliteer een soepele en snelle overgang met ruime mogelijkheden voor instellingen voor winst uit verkoop.



## Inhoudsopgave

	<b>Samenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1</b>	<b>De vraagstelling en de aanpak</b>	<b>13</b>
1.1	Aanleiding en probleemstelling	13
1.2	De adviesvragen van VWS	16
1.3	De beantwoording van de adviesvragen	16
1.4	De adviesvoorbereiding	16
<b>2</b>	<b>Financieel management van kapitaallasten</b>	<b>17</b>
2.1	Marktontwikkelingen en de financiering van zorginstellingen	17
2.2	Beginselen van ondernemingsfinanciering	20
2.3	Aandachtspunten voor zorgorganisaties	21
2.4	Management: stand van zaken	25
2.5	Management: conclusies	28
<b>3</b>	<b>Aanbevelingen en advies</b>	<b>31</b>
3.1	Visie van de RVZ	31
3.2	Beantwoording vragen minister van VWS	34
<b>4</b>	<b>Implementatie</b>	<b>38</b>
4.1	Overgangstermijn	38
4.2	Randvoorwaarden	39
4.3	Tijdpad en actiepunten	40
	<b>Bijlagen</b>	
1	Adviesaanvraag ministerie van VWS d.d. 4 oktober 2005	45
2	Adviesvoorbereiding	47
3	Financiering van kapitaal	71
4	Gewenste vermogensgroei van zorginstellingen bij verschillende uitgangssituaties	73
5	Checklist consequenties van het liberaliseren van kapitaallasten	75
6	Lijst van afkortingen	79
7	Literatuur	81
	Overzicht publicaties RVZ	87



# Management van vastgoed in de zorgsector

## Samenvatting

Opmerkelijk: in de zorgsector geen risico op vastgoed

In de zorgsector lopen de instellingen - ziekenhuizen, inrichtingen, verpleeg- en verzorgingshuizen - geen risico op hun vastgoedbeleid en hun investeringsbeslissingen. Deze hoogst ongebruikelijke situatie is niet bevorderlijk voor een ondernemend bestuur van zorginstellingen: klantgerichtheid, doelmatige bedrijfsvoering en innovatief vastgoedbeheer.

De minister van VWS wil dit veranderen

De minister van VWS wil dit veranderen. Een van de middelen die hij inzet is het kapitaallastenbeleid. Dat wil de Minister opheffen. Zorginstellingen moeten volledig verantwoordelijk worden voor hun vastgoed en voor hun investeringen daarin. Beslissingen over vastgoedbeheer en -ontwikkeling kunnen gevolgen hebben voor de kosten van rente en afschrijving (de kapitaallasten). Deze gevolgen zullen de instellingen, zegt de Minister, straks moeten opvangen in de productie en de verkoop van hun zorgproducten (verpleging, behandeling, opvang). Zij ondervinden daarbij concurrentie van andere instellingen en zullen dus hun kosten laag moeten houden. Rendement op vastgoed is in die situatie opeens heel belangrijk.

Hij heeft een plan en vroeg de RVZ om advies

In een brief aan de Tweede Kamer van maart 2005 heeft hij dit plan gepresenteerd. In 2006 wil hij de Kamer informeren over zijn invoeringsstrategie. Voorafgaand daaraan vroeg hij de RVZ om advies over het management van zorginstellingen. Aan welke eisen moet dat voldoen, kan het deze regimeverandering aan, welke verbeteringen zijn nodig, hoe kunnen wij die realiseren? In dit advies beantwoordt de RVZ deze vragen.

Wat houdt het plan van de Minister nu precies in? Hij wil voor alle zorginstellingen 'integrale prestatiebekostiging' invoeren. In de prijs van de zorg (bijvoorbeeld in een DBC) moeten alle kosten die de instelling maakt - personeel, apparatuur, vastgoed - zijn verwerkt. De overheid stelt in de komende tijd 'normatieve kapitaallastencomponenten' (nkc's) vast per sector. Die neemt men op in de bekostiging van de instellingen. De nkc kan gunstig, maar ook ongunstig uitpakken voor een instelling. Om de risico's voor de continuïteit van de zorgverlening te verkleinen, wil de Minister vangnetten voor zwakke instellingen spannen en een lange invoeringstermijn (tot 2012) hanteren.

*Het plan van de Minister:*

- integrale prestatiebekostiging
- normatieve kapitaallastencomponenten
- vangnet
- lange invoeringstermijn

De gevolgen van dit plan:  
ingrijpend, maar heilzaam

De Raad heeft eerst gekeken naar de gevolgen die het plan van de Minister zou kunnen hebben.

1. Als de bezittingen tegen een te hoge waarde op de balans staan, heeft de instelling straks een boekwaardeprobleem.
2. Er zal een sterke relatie ontstaan tussen productie - en dus bezettingsgraad - en de financiering van de kapitaallasten.
3. Er zal diversificatie van kapitaalverstrekking optreden: naast bancaire financiering, zullen instellingen bijvoorbeeld obligatie- en aandelenplaatsingen gaan benutten.
4. Instellingen zullen steeds meer gaan verschillen in hun mogelijkheden om kapitaal aan te trekken. De kloof tussen sterke en zwakke instellingen wordt groter.
5. Banken, maar ook verzekeraars (namens de consument) zullen meer eisen stellen aan de aanwendbaarheid van het vastgoed en dit zal leiden tot flexibele en kleinschalige bouw en tot het scheiden van wonen en zorg.
6. Het toezicht vanuit de financiële markten, maar ook vanuit corporate governance, op instellingen zal toenemen.
7. Er zal een fusiegolf door de zorgsector spoelen en instellingen zullen rond vastgoed en kapitaal meer gaan samenwerken. Maar er zullen ook nieuwe zorgaanbieders tot de sector toetreden.
8. Vastgoedontwikkelaars en woningcorporaties nemen zorgvastgoed over.

De Raad formuleert de kerncompetenties van het management

Op basis van deze analyse, formuleert de Raad twaalf competenties voor het management van zorginstellingen. Hij heeft gekeken of het management al over deze competenties beschikt en wat er op dat vlak nog moet gebeuren. Zijn analyse en onderzoek leiden tot de volgende antwoorden op de vragen van de Minister.

Eerste vraag Minister

### **Vraag 1**

**'Welke voorwaarden stelt eigen verantwoordelijkheid voor de huisvestingslasten aan de interne organisatie van zorginstellingen?'**

Vier voorwaarden vastgoedmanagement

Er zijn vier algemene voorwaarden:

1. **Investerings vereisen positieve netto contante waarde.**
2. **Bij groter bedrijfsrisico nemen de kosten van kapitaal toe.**
3. **Instellingen moeten voldoende liquide middelen hebben om aan de rente- en aflossingsverplichtingen te kunnen voldoen.**
4. **Het eigen vermogen moet van voldoende niveau zijn, dus moeten de operationele marges toenemen.**



De kerncompetenties

Daarvan kan men twaalf kerncompetenties voor het integraal management van vastgoed afleiden:

**Bestuur en governance**

1. Corporate governance
2. Strategische planning
3. Extern stakeholder management

**Algemeen management**

4. Intern stakeholder management
5. Opbouw trackrecord
6. Sturen van marges
7. Sturen van de bezetting op kapitaal
8. Inhuren van adequate financiële expertise

**Investeringsplanning**

9. De investeringsselectie
10. Balansbeheer
11. Waardebepaling
12. Beheer (werk)kapitaal

Tweede vraag Minister

**Vraag 2**

**'Voldoet de interne organisatie van zorginstellingen aan genoemde voorwaarden?'**

Veel instellingen zijn er klaar voor; een kwart niet

Driekwart van de zorginstellingen voldoet al aan de voorwaarden of kan dat op korte termijn realiseren. Voor een aantal instellingen geldt dat zij de managementcompetenties moeten versterken. Verwonderlijk is dat niet. Er werd immers nooit om die competenties gevraagd. Als dat straks wel het geval is, zullen de nieuwe omstandigheden de ontwikkeling van de vastgoedcompetenties stellig bevorderen. Incentives moeten uit de markt komen en niet uit de overheid.

Derde vraag minister

**Vraag 3**

**'Op welke punten zijn verbeteringen nodig, indien de huidige interne organisatie niet aan genoemde voorwaarden voldoet?'**

De verbeterpunten in het management

Verbeteringen in organisatie en management zijn nodig, maar ook mogelijk. De risico's zullen immers toenemen voor de zorginstellingen. Hun beschermde positie op de zorginkoopmarkt verdwijnt én zij zullen hun vastgoed op de vrije markt moeten financieren. Dit vereist verbeteringen op alle kerncompetenties, maar in het bijzonder in:

- de corporate governance;
- de strategische planning;
- het extern en intern stakeholdermanagement;
- het sturen op de bezetting;
- het investeringsbeleid;
- het versterken van de vermogenspositie.

Vierde vraag Minister

#### Vraag 4

**'Welke oplossingsrichtingen zijn er als het huidige instellingsmanagement niet aan genoemde voorwaarden zou voldoen?'**

Noodzakelijke verbeteringen mogelijk, maar laat de markt het doen

Zoals gezegd, deze ingrijpende regimeverandering is uitvoerbaar en wel zonder al te veel nieuw overheidsbeleid. Wel kan de minister van VWS in een overgangsfase flankerend beleid voeren om zaken te vergemakkelijken (bijvoorbeeld door een kenniscentrum in te richten en de bijscholing te bevorderen). Verder beveelt de Raad onder meer het volgende aan:

- creëer zo snel mogelijk duidelijkheid over de nkc's;
- behandel de care en de cure op gelijke wijze;
- gebruik de achtergestelde lening als transitie-middel;
- schaf het College sanering zorginstellingen af;
- stimuleer strategische vastgoedallianties van zorginstellingen.

Het draait om de implementatie!

De Raad heeft zich ook gebogen over de implementatie van het plan van de Minister. Hoe en vooral: hoe snel? Kijkend naar de antwoorden op de vragen van de Minister, kan men stellen dat in de implementatie de crux zit. Daarover adviseert de RVZ dit.

Houd overgangperiode kort

1. Er is draagvlak in de zorgsector voor deze regimeverandering, die is gewenst en nodig. Hou dus een overgangperiode zo kort mogelijk. Richt hem bovendien zo in dat de markt saneert en niet de overheid.
2. Zo min mogelijk overheidsbemoeienis, met acceptatie van het vallen en opstaan dat bij de situatie hoort. Maar omdat een directe overgang naar de nieuwe situatie toch ook problemen kan opleveren, zou de opstelling van de Minister deze kunnen zijn:
  - in het nkc-tarief houdt de overheid rekening met specifieke vastgoedposities van instellingen;
  - omdat het vastgoedrisico onverkort en abrupt bij instellingen terecht komt, is het logisch daar ook de besluitvorming over winstbestemming te leggen, opdat de instelling zich adequaat kan prepareren op de nieuwe situatie;
  - de overheid zal groepsvorming, samenwerking of andere steuninitiatieven gericht op spreiding van vastgoedrisico's positief tegemoet treden.
3. De overheid zal de overgang vergemakkelijken met een strakke beleidsregie, ook op aanpalende beleidsdossiers, en door een actieve deregulering en vermindering van de administratieve lastendruk, onder meer op het terrein van het toezicht.

Counter problemen op drie manieren

4. Instellingen die klaar zijn voor de overgang kunnen deze stap versneld (namelijk per 1 januari 2007) zetten, waar nodig gefaciliteerd door de overheid, onder meer door het gebruik van additionele kapitaalbronnen toe te staan.

Een strakke beleidsregie

Faciliteer versneld overstappen

- |                            |  |
|----------------------------|--|
| Procedure probleemgevallen | 5. Voor eventuele probleemgevallen geldt de volgende procedure. De overheid laat zo spoedig mogelijk (dat wil zeggen in 2006) de financiële positie van instellingen in kaart brengen. Een onafhankelijke commissie beoordeelt steunaanvragen van instellingen. Alleen aperte onbillijkheden kunnen op ad hoc basis worden weggenomen met overheidssteun. Falend management mag niet worden beloond. |
| Tot 01-01-2008 uitstel     | 6. Probleemgevallen krijgen tot 1 januari 2008 de tijd om orde op zaken te stellen. Op die datum geldt het nieuwe regime voor alle zorginstellingen.   |
| Steun nieuwe toetreders    | 7. De overheid steunt nieuwe toetreders al direct bij de overgang naar de nieuwe situatie.   |



# 1 De vraagstelling en de aanpak

## 1.1 Aanleiding en probleemstelling

Kabinet: meer en doelmatiger zorgaanbod

Het kabinet wil de aanbieders van zorg prikkelen om zich meer én doelmatiger op de zorgvraag te richten. Het resultaat moet zijn: meer kwaliteit en een hogere en doelmatigere productie van patiëntenzorg. Dit kan op verschillende manieren. Het vastgoedbeleid van de zorginstelling is er één van. Over vastgoed en kapitaallasten schreef het kabinet in maart 2005 een brief aan de Tweede Kamer waarin het nieuwe beleid werd gepresenteerd.

Door gevolgen investeringsbeslissingen bij zorgaanbieders te leggen

Het vastgoedbeleid van zorginstellingen omvat de investeringen in het beheer en de ontwikkeling van de infrastructuur (gebouwen, omvangrijke apparatuur en ICT) die nodig zijn voor de zorg. De investeringen zijn nodig voor de instandhouding van het vastgoed en voor de vernieuwing ervan. Voor de investeringen is vaak extern kapitaal nodig. De financiële gevolgen - kapitaallasten - zal de zorginstelling straks moeten opvangen in de exploitatie, met andere woorden in de productie en de verkoop van zorgverlening. En zij zal dit moeten doen in een omgeving die steeds competitiever en turbulenter wordt. Naast de veranderingen op het vlak van de kapitaallasten, veranderen er andere zaken (DBC's, zorgzwaartebekostiging, afschaffen contracteerplicht etc.). Dit is een radicale verandering in het functioneren van de instellingen.

Dan zal die een strategische visie op zorg moeten hebben

Dit vraagt om een strategische visie van het bestuur van de zorginstellingen. Een visie op de zorg, een visie op het daarvoor noodzakelijke vastgoed en een visie op de financiering van het vastgoedbeheer. De laatste jaren is de zorgmarkt in beweging gekomen. De patiënt is mondiger, eist meer kwaliteit, heeft meer informatie, kan dus meer kiezen. Langzaamaan moet dit invloed gaan krijgen op de zorginkoop van de verzekeraars zeker ook omdat deze risico lopen op die zorginkoop. Bovendien verliezen de aanbieders stap voor stap hun oude zekerheden op de zorginkoopmarkt. Dit alles maakt het des te noodzakelijker dat de zorginstelling een dynamische vastgoedstrategie ontwikkelt.

Kabinet: bevorder dit met behulp van kapitaallasten

Het kabinet wil dit bevorderen door van de kapitaallasten - de exploitatiegevolgen van vastgoedbeslissingen - een onderdeel te maken van de prijs van de zorgprestatie. Die prijs brengt de instelling in rekening bij de zorginkopende partij. Dit is 'integrale prestatiebekostiging'. Patiëntenzorg wordt uitgedrukt in producten of diensten. Bij ziekenhuizen zijn dit DBC's, in de AWBZ-instellingen gaat dit 'zorgzwaarte-bekostiging' heten. Maar hoe dan ook, alle zorg moet straks vertaald worden in verhandelbare producten met een prijs die integraal is en dus ook de huisvestingslasten omvat. Het vastgoed is dan een regulier onderdeel van de bedrijfsvoering.

Dus: creëer risico op vastgoed!

Dit betekent dat de zorginstelling risico loopt op haar vastgoed. Veel en duur bouwen (lees lenen) leidt tot hoge zorgprijzen. Niet-klantgericht bouwen leidt tot verlies van klanten, leegstand en exploitatieproblemen door productieverlies.

Op dit moment: geen risico op vastgoed

Tot nu toe liep de zorginstelling nauwelijks risico op haar vastgoedbeleid. Het bouwbeleid van de overheid, zoals dat in de afgelopen 25 jaar gestalte kreeg in de Wet ziekenhuisvoorzieningen, ontnam de zorginstelling in feite elke verantwoordelijkheid voor de gevolgen van haar vastgoedbeslissingen. Gevolgen voor de kapitaallasten, voor de exploitatie, maar uiteraard ook voor de kwaliteit en de omvang van de patiëntenzorg. Het overheidsbeleid stimuleerde het procedureel denken van bestuurders, het maximaliseren van de mogelijkheden van de wet, de afhankelijkheid van die mogelijkheden. Het kweekte in feite uitvoerders van de wet, niet particulier initiatief, creativiteit, klantgerichtheid en doelmatigheid.

Vastgoed integraal onderdeel bedrijfsvoering: ingrijpende verandering

Het kabinet wil dus nu het vastgoedrisico geheel verankeren in het reguliere beleid van de zorginstelling, in de aangeboden kwaliteit, in de gevraagde prijs. Het bestuur van de zorginstelling zal de volledige verantwoordelijkheid moeten krijgen voor de inzet van de productiefactoren arbeid en kapitaal en voor de noodzakelijke investeringen daarin. Dit is een verandering met grote gevolgen voor het bestuur van en de bedrijfsvoering in de zorginstellingen. En hoewel de component kapitaallasten voor bijvoorbeeld ziekenhuizen nog geen 10% van de exploitatie vormt - in de AWBZ-sector kan dit hoger liggen -, is het gerechtvaardigd te spreken over één van de grootste veranderingen in de zorgsector tot nu toe (zie onderstaande tabellen). Men moet zich realiseren dat de kapitaallasten vaak over een lange periode (tientallen jaren) op een dwingende wijze van invloed zijn op de totale exploitatie van de instelling.

Tabel 1.1

	Totale uitgaven (€ mrd)	Omvang kapitaallasten in budget	Waarvan t.b.v. huisvesting (dus excl. app.)
Verzorgingshuizen	3,7	18,8%	89,4%
Ziekenhuizen	12,3	12,4%	59,7%
Gehandicaptenzorg	4,7	12,1%	84,3%
Verpleeghuizen	4,9	12,0%	87,5%
Ggz	3,3	10,4%	83,7%

Bron: VWS (bewerking RVZ)

Tabel 1.2

Huisvestingslasten per sector (mln)	
Verzorgingshuizen	620
Ziekenhuizen	910
Gehandicaptenzorg	480
Verpleeghuizen	510
Ggz	290
<b>Totaal</b>	<b>2800</b>

Bron: VWS (bewerking RVZ)

Gevolgen?

Welke gevolgen kan het voornemen van het kabinet hebben?  
De gevolgen kunnen positief en negatief zijn en kunnen gelden voor zorgaanbieders, patiënten en samenleving c.q. overheid.

Meer klantgerichtheid,  
efficiënter en innovatiever  
vastgoedbeleid

De positieve gevolgen zijn al genoemd: meer klantgerichtheid en een betere afstemming van het zorgaanbod op de vraag, een meer doelmatige omgang met het zorgvastgoed én: meer innovatie in de zorgverlening. Verder zal de al lange tijd gepropageerde scheiding van zorgfuncties enerzijds, verblijf- en servicefuncties anderzijds in een stroomversnelling kunnen komen. Tenslotte: de kabinetsplannen zullen waarschijnlijk het totstandkomen van geïntegreerd strategisch zorg- en vastgoedbeleid van zorginstellingen bevorderen, governance en bestuur versterken én de vermogenspositie van de instellingen (noodzakelijk in het nieuwe zorgstelsel) verbeteren.

Er zijn ook risico's

Risico's zijn er ook:

- de toegankelijkheid van de zorg kan in gevaar komen bij faillissement van een zorginstelling (ontstaan door niet te exploiteren vastgoed);
- zorginstellingen kunnen door hun vastgoedkenmerken (bijvoorbeeld hoge kapitaallasten) een ongunstige concurrentiepositie krijgen en er kunnen problemen ontstaan op de bestaande verplichtingen; in ieder geval zal het vastgoed straks, anders dan tot nu toe, een issue zijn op de zorginkoopmarkt, de verzekeraar is dus belanghebbende;
- teruglopende kwaliteit van zorggebouwen, door onvoldoende investeringen in onderhoud of in nieuwbouw (door te grote nadruk op kostenbeheersing);
- zorginstellingen onttrekken te veel middelen aan de patiëntenzorg ten behoeve van versterking van hun vermogenspositie (die op zichzelf nodig zal zijn in de nieuwe situatie);
- voor winst door verkoop van vastgoed zoekt de instelling een bestemming buiten de zorg, waardoor budgetverliezen optreden in de zorg.

Maar zijn risico's  
ook schadelijk?

In het kabinetsvoorstel wordt met een aantal van deze risico's rekening gehouden. Het voorstel bevat voor die risico's waarborgen en vangnetten, onder meer in de vorm van uitzonderingsbepalingen, transitiemaatregelen en gedifferentieerde toepassing van maatregelen. En verder zal men de risico's toch ook moeten zien als de onvermijdelijke gevolgen van een stelselverandering. De Raad tekent hierbij aan dat de risico's niet per definitie schadelijk voor de volksgezondheid en de zorg zijn. Zij kunnen zelfs een positief effect hebben.

## 1.2 De adviesvragen van VWS

De adviesvragen van de Minister

Tegen deze achtergrond, legt VWS de Raad de volgende vragen voor.

1. **Welke voorwaarden stelt eigen verantwoordelijkheid voor de huisvestingslasten aan de interne organisatie van zorginstellingen?**
2. **Voldoet de interne organisatie van zorginstellingen aan deze voorwaarden?**
3. **Op welke punten zijn verbeteringen nodig, indien de huidige interne organisatie niet aan genoemde voorwaarden voldoet?**
4. **Welke oplossingsrichtingen zijn er als het huidige instellingsmanagement niet aan genoemde voorwaarden voldoet?**

In de adviesopdracht van VWS staat verder expliciet vermeld dat de RVZ aandacht moet besteden aan corporate finance (ondernemingsfinanciering). Bij de beantwoording van de vragen moet de Raad onderscheid maken tussen care en cure. Hij gaat er daarbij vanuit dat de kapitaallastenbrief van de Minister betrekking heeft op alle zorginstellingen.

## 1.3 De beantwoording van de adviesvragen

Leeswijzer

De Raad beantwoordt de hem gestelde vragen op de volgende manier.

In hoofdstuk 2 gaat de Raad in op de corporate finance in de zorgsector (de beginselen van ondernemingsfinanciering). Daaruit zijn aandachtspunten voor het management van zorginstellingen af te leiden: de voorwaarden, de competenties en de verbeterpunten.

Hierna formuleert de Raad zijn advies in de vorm van de antwoorden op de vragen van VWS (hoofdstuk 3). Dit is in feite een aanzet voor een verbeter- en aanpassingsprogramma voor de komende jaren. De RVZ richt zich hiermee tot VWS, maar ook tot de zorgsector zelf.

Hoofdstuk 4 bevat een voorstel voor de implementatie van de grote verandering.

## 1.4 De adviesvoorbereiding

Achtergrondstudies, debatten en gesprekken

De Raad heeft in de adviesvoorbereiding de volgende activiteiten ondernomen. Achtergrondstudies zijn geschreven door RIGO Research en Advies BV en door PricewaterhouseCoopers (PwC). Deze publiceert de RVZ in het Dossier management van vastgoed in de zorgsector.

Op verzoek van de Raad hebben RIGO, respectievelijk PwC een aantal debatten georganiseerd en verder is met een groot aantal betrokkenen in en buiten de zorgsector gesproken. In bijlage 2 legt de Raad een vollediger verantwoording af van zijn activiteiten. Deze bijlage bevat ook de verslagen van de debatten.



## 2 Financieel management van kapitaallasten

### 2.1 Marktontwikkelingen en de financiering van zorginstellingen

Doel: liberalisering  
nieuwbouw en prospectieve  
financiering investeringen

#### **Instellingen worden verantwoordelijk voor alle investeringen**

De kapitaallastenbrief van VWS streeft naar een volledige liberalisering van de nieuwbouw en een volledig prospectieve financiering van alle investeringen (zie ook bijlage 3). Het gaat daarbij zowel om de bestaande vastgoedvoorraad als om nog te ontwikkelen projecten. Omdat instellingen risico gaan lopen over al hun kapitaallasten, zullen investeringen veel meer door rendement worden gedreven. Dit betekent een extra prikkel voor efficiency en klantgericht werken. Instellingen worden verantwoordelijk voor alle bezettingsverschillen, de financieringskosten van het kapitaal, voldoende rendement op de aanwending van het kapitaal, het managen van toekomstige veranderingen in de kapitaals-behoefte en op de kapitaalsmarkten, alsmede een meer marktgericht balansbeheer. Bij dit laatste aspect hoort in beginsel ook het oplossen en beheersen van de zogenaamde 'boekwaardeproblematiek' - bezittingen staan tegen een te hoge waarde op de balans - en andere aan het huidige vastgoed gerelateerde problemen.

Normatieve kapitaal-  
lastencomponent (nkc):

De zorginstellingen krijgen in de overgangssituatie de beschikking over normatieve kapitaallastencomponenten (nkc's). De hoogte van deze vergoeding wordt per sector vastgesteld en is gekoppeld aan het normatieve vloerooppervlak van instellingen. Dit betekent dat de huisvestingslasten, inclusief een vergoeding op het geleverde kapitaal, normatief in de bekostiging worden opgenomen.

1. Macrobudgettair  
neutraal

Drie aspecten spelen een rol. In de eerste plaats de hoogte van de nkc's. Deze wordt dusdanig vastgesteld dat er sprake is van een macrobudgettair neutrale transitie.

2. Normatief, dus niet  
meer individueel

In de tweede plaats geldt voor het bestaande vastgoed dat door de instellingen veelal andere bedragen worden gefinancierd dan zij via de nieuwe nkc zullen krijgen. De vergoedingen zijn normatief en niet langer afgeleid van de individuele situatie (leeftijd of ontwerp gebouwen), inclusief de bestaande schulden. Er is dus sprake van reallocatieproblematiek. Deze problematiek kan waarschijnlijk met een adequate vormgeving van de nkc's grotendeels worden opgelost. VWS heeft het CBZ en het CTG/Zaio gevraagd om deze problematiek uit te werken en hierover te adviseren. Bij de RIBW-en en de RIAGG's zijn de kapitaallasten al genormeerd. Ook voor andere kleinschalige woonvormen geldt een normatieve vergoeding van het kapitaal. In de ziekenhuizen wordt in het B-segment van de DBC's gewerkt met een uniforme opslag van 12,5% ter dekking van de kapitaallasten.

3. Gerelateerd aan productie en bezettingsgraad Ten slotte, de overheid heeft er voor gekozen om de nkc's ter beschikking te stellen in de vorm van toeslagen op de productie (DBC's of zorgzwaarte). Hierdoor ontstaat er een sterke relatie tussen de bezettingsgraad en de uiteindelijke vergoeding voor het kapitaal. Het is een opmerkelijk voornemen. Immers, de zorgsector kent een bedrijfsmodel met hoge vaste kosten en een inzakkende productie kan het bedrijfsresultaat dus makkelijk onder druk zetten. Het omgekeerde doet zich uiteraard ook voor. Instellingen met een hoge productie, kunnen de opbrengsten daarvan deels toevoegen aan het bedrijfsresultaat. Op dit moment bestaan er grote verschillen tussen de sectoren. In de ouderenzorg is de bezettingsgraad vaak meer dan 95%. Als deze om wat voor reden dan ook terugloopt, kan de dekking van de kapitaallasten voor een individuele instelling onder druk komen.

#### **Diversificatie van kapitaalverstrekkers**

Financiering zorginstellingen zal veranderen De Raad verwacht dat als gevolg van de implementatie van de kapitaallastenbrief ook de feitelijke financiering van de zorginstellingen zal veranderen. Momenteel is er een uniform financieringsmodel dat nagenoeg volledig steunt op financiering vanuit banken en institutionele beleggers. De kapitaallastenbrief lijkt er vanuit te gaan dat dit ook in de toekomst het geval zal zijn.

Er zal diversificatie van kapitaal ontstaan De Raad denkt dat er diversificatie zal optreden. Naast een beroep op bancaire financiering, zal kapitaal ook vanuit het eigen vermogen, het bedrijfsresultaat, filantropie, leaseconstructies, obligatie- en aandelenplaatsingen worden aangetrokken. Deze gedachte wordt ondersteund door internationale ervaringen. Zorginstellingen in de Verenigde Staten bijvoorbeeld financieren een groot deel van hun investeringen met tax-exempt bonds. Maatschappelijke ondernemingen kunnen zo op fiscaal gunstige condities obligaties uitgeven.

Dit kan de overheid bevorderen Het Nederlandse fiscale systeem is fundamenteel anders, maar de overheid zou kunnen overwegen om de fiscale vrijstelling voor groeninvesteringen te verbreden naar maatschappelijke ondernemers in de zorg. Deze kunnen dan onder aantrekkelijke condities obligaties plaatsen bij een breder publiek. Hierdoor worden instellingen minder afhankelijk van een paar grootfinanciers en worden bovendien de financiële risico's breder gespreid.

#### **Diversificatie voorwaarden voor kapitaal**

Verschillen tussen instellingen zullen toenemen Er zullen meer en grotere verschillen ontstaan in de voorwaarden waaronder instellingen kapitaal kunnen aantrekken. Internationaal onderzoek maakt duidelijk dat de kloof tussen de 'have's' en de 'have-nots' toeneemt als gevolg van meer marktgeoriënteerde eisen van de financiële markten (HFMA, 2003). Het Waarborgfonds zorgsector (Wfz) heeft in haar meest recente jaarverslag aangegeven dat de verschillen tussen

de betere en de mindere instellingen aan het toenemen zijn. Zorginstellingen die niet tot het Wfz worden toegelaten krijgen bovendien te maken met de zogenaamde BASEL II-normen. Deze normen stellen dat het leningdeel, dat banken verplicht in reserve moeten houden, gekoppeld moet worden aan het risico van de lening. De financieringskosten voor zwakkere zorginstellingen met slechte solvabiliteitsposities zullen daardoor oplopen.

#### **Alternatieve aanwendbaarheid gebouwen en duidelijke strategie**

Eisen kapitaalmarkt aan instellingen: onder meer kleinschaligheid

De eisen die de kapitaalmarkten aan de instellingen stellen, hebben niet alleen betrekking op de balanspositie en de resultatenrekening, maar ook op het vastgoed zelf. Zo is het belangrijk dat het vastgoed alternatief aanwendbaar is. Dat pleit voor meer kleinschalige bouw op goede locaties. Dit zal in de AWBZ, vooral als het scheiden tussen wonen en zorg wordt doorgezet, gemakkelijker te bereiken zijn dan in het meer specifieke vastgoed van de curatieve zorg.

Maar ook: een strategisch plan

Er zal door financiers kritischer worden gekeken naar de strategische visie achter de bouwplannen van instellingen. Men bouwt immers niet meer conform een wettelijk gesanctioneerde norm, maar doet een investering die zichzelf moet terugverdienen door levering van zorgproducten. In het algemeen zullen de instellingen met duidelijker strategische plannen moeten komen, inclusief een stappenplan om de beoogde doelstellingen te halen.

En: een goede risicoanalyse

In vergelijking met de huidige situatie zullen het risico en de onzekerheid in de markt van het zorgvastgoed toenemen. Het is voor een soepele marktwerking belangrijk dat de betrokken partijen de precieze omvang van dit risico zo goed mogelijk kunnen inschatten. Er ontstaat daardoor behoefte aan (gestandaardiseerde) additionele informatie over deze onzekerheden en risico's.

Toezicht vanuit financiële markten scherper

De Raad verwacht dat de bovenstaande ontwikkelingen uiteindelijk zullen leiden tot een intensivering van het toezicht vanuit de financiële markten. Hij ziet hierin voor de langere termijn een welkome versterking van de bestaande governancestructuren. Maar het is daarmee ook een alternatief voor het publieke toezicht.

#### **Fusievorming**

Een nieuwe fusiegolf, maar ook: nieuwe toetreders

Er zal, zoals gezegd, zowel in het aanbod van als in de vraag naar kapitaal toenemende diversificatie ontstaan. Een aanzienlijke groep instellingen zal worden geconfronteerd met een lastiger toegang tot kapitaal tegen slechtere voorwaarden. De Raad verwacht daarom dat onder de huidige zorgaanbieders een nieuwe fusiebeweging zal plaatsvinden. Momenteel verwacht circa 70% van de ziekenhuizen dat het fusieproces zich als gevolg van marktwerking verder zal doorzetten (Ernst & Young,

2005). Aan de andere kant zal, als tegenwicht, ook het aantal nieuwe toetreders kunnen stijgen. Dit laatste is mede afhankelijk van de uiteindelijke hoogte van de nkc's en de hoogte van de eventuele ingecalculerde vergoeding voor risicodragend vermogen.

Zeggenschap en eigendom relevant!

Voor het bestuur en het beheer (governance) van zorginstellingen zijn zeggenschap en eigendom van vastgoed relevante zaken. Het kan in dat verband gaan om samenwerking, verkoop etcetera. In een achtergrondstudie gaat de Raad op deze zaken dieper in.

## 2.2 Beginselen van ondernemingsfinanciering

Vier vuistregels ondernemingsfinanciering

Het ontwikkelen van het vakgebied van de ondernemingsfinanciering vormt een belangrijke implicatie van de kapitaallastenbrief. In het bij dit advies behorende dossier is een viertal vuistregels voor de ondernemingsfinanciering van zorginstellingen geformuleerd. Deze worden hier summier besproken.

1. Investerings vereisen positieve netto contante waarde

In de eerste plaats moet er sprake zijn van bedrijfseconomisch verantwoorde investeringen. De kosten van de investering moeten kunnen worden betaald met de hieraan gelieerde toekomstige opbrengsten. In econometaal moet er dus sprake zijn van een positieve netto contante waarde (vuistregel één).

2. Meer risico, hogere kapitaallasten

Investerings worden gefinancierd met vreemd of intern kapitaal. Hieraan zijn kosten verbonden. Kapitaal is immers niet gratis. Het rendement op de investering moet dan ook hoger liggen dan de kosten van het benodigde kapitaal. De hoogte van deze zogenaamde vermogenskostenvoet is afhankelijk van het met de investering gemoeide risico. Als het risico toeneemt, zullen ook de kosten van het kapitaal toenemen (vuistregel twee).

3. Rente en aflossing vereisen liquide middelen

Indien de instelling een beroep doet op vreemd vermogen, wordt zij geconfronteerd met bancaire voorwaarden. De jaarlijkse vrije kasstroom moet in ieder geval ruim voldoende zijn om de kosten van rente en aflossing te kunnen betalen. Instellingen moeten dus voldoende liquide middelen hebben om aan hun verplichtingen van rente en aflossing te voldoen. Een derde vuistregel is daarom dat de vrije kasstroom van zorginstellingen in ieder geval 20% boven deze verplichtingen moet liggen.

NB: afschrijvingstermijnen zullen korter worden

In dit verband is ook de lengte van de afschrijvingstermijnen van belang. Op dit moment wordt het vastgoed in de zorg over vijftig jaar afgeschreven. Door de afname van publiek gegarandeerde zekerheden zullen banken echter een verkorting van de afschrijvingstermijnen verlangen. Dit geldt met name voor specifiek vastgoed dat gevoelig is

voor technologische veranderingen. Het gevolg is dat de afschrijvingskosten toenemen en de rentekosten dalen. De totale financieringskosten zullen echter toenemen en om aan deze verplichtingen te kunnen voldoen zal ook de kasstroom moeten stijgen.

4. Eigen vermogen van voldoende niveau

Tot slot moet ook de solvabiliteit van voldoende niveau zijn (vuistregel vier). Het eigen vermogen zou in de ziekenhuizen hoger moeten liggen dan in de AWBZ, waar het vastgoed meer alternatieve aanwendingsmogelijkheden heeft. Dit wordt veroorzaakt door meer kleinschalige bouw met een minder specifieke architectuur en uitrusting. In de ziekenhuissector kan worden gedacht aan een eigen vermogen van circa 30%, terwijl deze in de AWBZ circa 20% kan bedragen. In een geborgde situatie zijn wellicht lagere normen denkbaar. Zorginstellingen zullen desalniettemin behoorlijk hogere bedrijfsresultaten moeten behalen om aan deze aangescherpte vermogensnormen te kunnen voldoen. Zie verder bijlage 4.

### 2.3 Aandachtspunten voor zorgorganisaties

Dit leidt tot 12 kerncompetenties van het management

De toepassing van de vuistregels van de ondernemingsfinanciering heeft grote impact op de organisatie van de zorginstellingen. Welke activiteiten en competenties moeten worden ontwikkeld? De Raad beziet deze in een drietal organisationele lagen: bestuur en governance, algemeen management en investeringsplanning.

#### Bestuur en governance

##### *Corporate governance*

1. Adequaat: intern toezicht

Een van de manieren om de toenemende risico's te beheersen is een adequate interne toezichtstructuur. Dit geldt op elk niveau van de organisatie. De Raad concentreert zich hier op de stand van zaken bij de corporate governance. In een drietal opeenvolgende onderzoeken blijkt dat ziekenhuizen steeds beter zijn gaan scoren op de formele uitgangspunten van de corporate governance. In 2002 scoorden zij nog een dikke onvoldoende (3,4). In 2004 was het gemiddelde opgeklimmen naar een 5,23. Wel blijkt dat de scores van individuele ziekenhuizen van jaar tot jaar sterk kunnen fluctueren (Ernst & Young, 2003; 2004; 2005). In een recent onderzoek in zowel de cure- als de curesector blijkt dat er een gat bestaat tussen het voldoen aan de formele vereisten en de ontwikkeling van een daadwerkelijk resultaatgericht toezicht. Slechts iets meer dan 30% van de Raden van Toezicht heeft het huisvestingsbeleid vastgelegd als een formeel ijkpunt en van de instellingen met een omzet boven de honderd miljoen heeft meer dan een kwart geen periodieke rapportage over de strategische risicobeheersing (Schraven, 2006). Dit behoeft verbetering als de instellingen verantwoordelijk worden voor hun kapitaallasten (zie bijlage 5 checklist Consequenties van het liberaliseren van kapitaallasten).

Dit voldoet nog niet!

### *Strategische planning*

2. Een goed strategisch plan Een overtuigend strategisch beleid is belangrijk voor rendabele lange-termijn investeringen. Een duidelijk, goed onderbouwd en kansrijk strategisch plan met een beperkt aantal keuzes is een belangrijke voorwaarde voor het aantrekken van voldoende kapitaal. Op basis van een eigen inventarisatie van de strategische beleidsplannen van de academische en topklinische ziekenhuizen die de Raad enkele jaren geleden heeft uitgevoerd, bleek dat er hier nog ruimte voor verbetering bestaat. Een recentere inventarisatie laat zien dat in de strategische beleidsplannen van de ziekenhuizen nog leemtes bestaan ten aanzien van de investeringen en het risicomanagement (Ernst & Young, 2005).

### *Extern stakeholder management*

3. Ontwikkeling netwerk investeerders In het externe stakeholder management van de zorginstellingen zullen de financiers van kapitaal stevig moeten worden verankerd. Instellingen zullen met andere woorden een 'investor relations' beleid moeten ontwikkelen: een netwerk van relaties op het vlak van investeringen (banken, verzekeraars, lagere overheden, vastgoedontwikkelaars). Dat hier nog verbeteringen mogelijk zijn, wordt wellicht geïndiceerd door de nog veelal zwakke prestaties op het beheer van het werkkapitaal. Betere afspraken met verzekeraars over snellere betaling zouden tot aanzienlijk lagere kosten van het werkkapitaal kunnen leiden.

### **Algemeen management**

#### *Intern stakeholder management*

4. Goede relatie met zorgprofessionals De zorg kenmerkt zich door een hoge professionaliseringsgraad. De autonomie van professionals is groot en dit heeft - zeker in de ziekenhuizen - ook invloed op de bredere bedrijfsvoering. Stevige discussies over de noodzaak van vermogensvorming, de bestemming van positieve bedrijfsresultaten en de investeringskeuzes zijn waarschijnlijk. De ontwikkeling van een constructieve relatie met de professionals vormt dus een belangrijke voorwaarde voor adequaat kapitaallastenbeheer.

#### *Opbouw trackrecord*

5. Stabiele financiële prestaties Financiers kijken sterk naar de betrouwbaarheid van de geleverde financiële prestaties. Fluctuerende financiën leiden tot onrust en hogere tarieven. Het sturen op continuïteit van prestaties is een andere manier van opereren dan zorginstellingen momenteel gewend zijn. Het financiële resultaat wordt niet zelden 'afgestemd' op de wet- en regelgeving. Financiële resultaten kunnen van jaar tot jaar sterk fluctueren. Recent onderzoek van Gupta Strategists naar de financiële positie van ziekenhuizen laat zien dat ongeveer eenderde van de ziekenhuizen binnen één jaar is teruggezaakt van een positie bij de bovenste dertig naar de middelste dertig en omgekeerd (Gupta, 2005).

6. Bereik een stabiel én positief bedrijfsresultaat
- Sturen van marges*
- Het financieren van de kapitaalbehoefte tegen aantrekkelijke voorwaarden heeft ook te maken met een stabiel en positief bedrijfsresultaat. Dit kan worden benut om zelf investeringen te financieren, maar draagt via vermogensvorming ook bij aan risicoreductie en daarmee aan aantrekkelijke financieringsvoorwaarden op de financiële markten. Momenteel kennen veel zorginstellingen aanzienlijke schommelingen in hun marges en is de organisatiecultuur niet altijd toegesneden op een structureel overschot, maar op een financiële break-even positie. Het management zal moeten gaan sturen op stabiele positieve marges en zal het belang hiervan binnen de organisatie duidelijk moeten maken ('no mission without margin').

7. Stuur op bezetting en verbeter de logistiek
- Sturen van de bezetting op kapitaal*
- Een hoge bezettingsgraad op het geïnvesteerde kapitaal is een andere belangrijke manier om het toegenomen financiële risico in de nieuwe situatie te reduceren. Immers, in dat geval zullen de vaste kosten relatief makkelijk worden gedekt. Uiteraard geldt het omgekeerde bij lage bezettingcijfers. De te verwachten bezettingsgraad vormt dan ook een belangrijk criterium bij een investeringsbeslissing. Instellingen zullen hiervan geavanceerde analyses dienen te maken. Anderzijds zullen zij de logistieke processen moeten optimaliseren. De geprognosticeerde bezettingsgraad zal immers wel moeten worden gerealiseerd. Bedrijfstijdverlenging kan dan belangrijk zijn.

8. Koop specialistische kennis in
- Inhuren van financiële expertise*
- De expertise die nodig is om de integrale verantwoordelijkheid voor de kapitaallasten te kunnen dragen is niet alleen heel divers, maar is soms ook erg specialistisch. Niet alle instellingen zullen in staat zijn om de benodigde kennis in eigen huis te halen en dit zal ook lang niet altijd efficiënt zijn. Dit betekent dat de vraag naar externe financiële expertise op het terrein van ondernemingsfinanciering, treasury, risicomanagement en financiële constructies sterk zal toenemen. Het adequaat inkopen van deze hoog ontwikkelde specialistische expertise is een vaardigheid die in veel instellingen waarschijnlijk nog verder moet worden ontwikkeld.

9. Toets investeringen primair aan rendement
- Investeringsplanning**
- De investeringsselectie*
- Bij investeringen in de zorg ligt de nadruk nu nog vaak op de kosten en op de budgettaire inpasbaarheid daarvan. Dit komt, doordat het verkrijgen van kapitaal niet rechtstreeks aan het rendement gekoppeld is. De investeringsselectie wordt gedomineerd door bureaucratistische normen en professionele voorkeuren. Dit zal gaan veranderen. De opbrengst (het rendement) zal belangrijker worden bij de investeringsselectie. Er is behoefte aan professionalisering van de investeringsselectie en

hiervoor is binnen de meeste instellingen nog veel werk te verzetten. Zo moet systematisch worden geanalyseerd wat de impact van een investering is op de inkomstengeneratie, op de exploitatie, op de productiviteit en wat het totale rendement is. Ook moet bekeken worden hoe de investering zich verhoudt tot de strategische en zorginhoudelijke doelstellingen en wat het effect is op de marktpositie. Tot slot moeten relevante stakeholderbelangen, zoals de impact op de kwaliteit van zorg, de patiëntentevredenheid, de steun van de professionals en de werknemers in kaart gebracht worden.

### *Balansbeheer*

#### 10. Beheer de balans actief

Het - met het oog op een goede uitgangspositie voor het aantrekken van kapitaal - actief beheren van de balans vormt een belangrijke financiële competentie. Tot dusver was het opstellen van de balans veelal een administratief proces dat veel minder relevant werd geacht dan bijvoorbeeld het budget en de onderhandelingen met de verzekeraars. Bovendien wordt de waardering van de balansposten bijna volledig bepaald door specifieke wet- en regelgeving. Ook over de verhouding lang versus kort vreemd vermogen bestaan richtlijnen. De richtlijnen gaan niet uit van een reële waardebeoordeling en op de balans ontstaat daardoor 'boekwaardeproblematiek'. Binnen die gereguleerde context is balansbeheer slechts relevant voor het voldoen aan enkele minimumeisen, zoals de liquide reservepositie.

NB: balans moet reële bezittingen weergeven

In de toekomst is er behoefte aan een actiever balansbeheer op basis van getaxeerde reële balanswaarden. De balanspositie draagt immers bij aan de optimalisatie van de verkrijging van kapitaal. De balans moet de reële bezittingen van de instelling weergeven. Dit maakt de balans meer bruikbaar voor de doelstellingen van financieel management. Bij een actief balansbeheer hoort echter ook een aantal vaardigheden en competenties. Hierbij kan worden gedacht aan het continu analyseren van de eigen liquiditeitspositie en de resterende ruimte voor het aantrekken van kapitaal. Het optimaliseren van de kosten van kapitaal hangt mede af van de balanspositie. Hierbij komen zaken aan de orde als het (met het oog op versterking van de balans) verkopen en weer terughuren van activa (balansverkorting). Risicomanagement komt ook prominent op de agenda van balansbeheer.

### *Waardebepaling*

#### 11. Adequate waardebeoordeling ten behoeve van verkoop

Soms is het beter om activa en andere bezittingen af te stoten en de opbrengst op een andere, meer doelmatige manier te herinvesteren in zorg. Mede om te voorkomen dat instellingen hun activa te goedkoop verkochten, werd het College sanering zorginstellingen (CSZ) de centrale verkopende partij. In de nieuwe systematiek is het echter logisch dat de instelling zowel verantwoordelijk is voor de investeringen als voor de desinvesteringen. Instellingen zullen dus meer aandacht moeten geven aan waardebeoordeling.



12. Goede treasuryfunctie
- Beheer (werk)kapitaal*
- De financiering van kapitaal wordt in hoge mate gestructureerd door de wet- en regelgeving. De ruimte om naar alternatieve financieringsmogelijkheden op zoek te gaan is beperkt. Het is dan ook niet helemaal vreemd dat juist de treasuryfunctie bij veel instellingen onderontwikkeld is. Overigens heeft de invoering van de DBC-facturering al wel geleid tot meer aandacht voor het werkkapitaalbeheer en de liquiditeit. Deze functie zal echter nog sterker aan belang winnen en dit betekent dat instellingen moeten investeren om de daarvoor benodigde expertise óf zelf in huis te halen óf in te kopen.

## 2.4 Management: stand van zaken

- Kan het instellingsmanagement hieraan voldoen?
- Zal het management van instellingen er in slagen de zojuist genoemde competenties te ontwikkelen?
- De Raad heeft dit onderzocht
- De RVZ kon geen uitgebreid empirisch onderzoek doen naar de vraag welk deel van het instellingsmanagement klaar is voor invoering van de beleidsvoornemens van de kapitaallastenbrief. Hij heeft daarom gekeken naar indicaties op basis van bekende gegevens uit binnen- en buitenland. Deze zijn aangevuld met de resultaten van interviews, debatten en casuïstisch onderzoek. Hieruit komt desalniettemin een consistent beeld naar voren, dat erop wijst dat men bij het grootste deel van de zorginstellingen weinig of geen problemen hoeft te verwachten met betrekking tot de financiële functie.

### Bureautoets beginselen van ondernemingsfinanciering

1. Vuistregels zijn getoetst bij 7 zorginstellingen:
- De vier vuistregels voor corporate finance zijn met behulp van openbare jaarrekeningen getoetst bij drie ziekenhuizen, twee instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (ggz) en twee instellingen voor ouderenzorg. Bij de selectie van deze instellingen is gekeken naar de leeftijd van de gebouwen en de structuur van de instelling, maar er blijft natuurlijk sprake van een zeer beperkte steekproef. Bij de interpretatie van de gepresenteerde gegevens past nuancering, omdat is uitgaan van de huidige financiële wet- en regelgeving. Een verdere uitwerking staat in het bij dit advies behorende dossier.

- Alle hebben problemen met solidariteit
- De belangrijkste conclusie uit deze analyse is dat er bij alle instellingen sprake is van solvabiliteitsproblematiek. Deze is in de onderzochte ziekenhuizen overigens groter dan in de care-instellingen. De toename van het eigen vermogen zal daardoor een centraal punt op de agenda van het instellingsmanagement moeten zijn. Het eigen vermogen zal op middellange termijn ongeveer moeten verdubbelen. Alle onderzochte instellingen zijn er wel in geslaagd om hun solvabiliteit in 2004 te verbeteren.

Bedrijfsresultaten fluctueren sterk

Het rendement op het eigen vermogen is meestal hoog genoeg om de kosten van kapitaal te kunnen financieren. De beide ouderenzorginstellingen presteren hier het best. Bij enkele andere onderzochte instellingen is het bedrijfsresultaat echter verslechterd. Een ggz-instelling genereert momenteel een te lage vrije kasstroom. De Raad merkt op dat de financiële prestaties binnen het tijdsbestek van een jaar veelal sterk fluctueren.

Ook verschillen tussen sectoren

Hiernaast valt het op dat zich ook tussen de sectoren verschillen aftekenen. De beide ouderenzorginstellingen hebben hun financiële positie het meest versterkt, gevolgd door de drie ziekenhuizen. De beide instellingen in de ggz hebben zich niet weten te verbeteren.

2. Accountantscontrole bij zorginstellingen:

**Healthcare in control?**

Accountantsbureau PwC voert jaarlijks bij de door haar gecontroleerde zorginstellingen een onderzoek uit naar de mate waarin deze ‘in control’ zijn. Het betreft circa 90 instellingen in de ziekenhuissector, de ggz en de verstandelijke gehandicaptenzorg. De scores van de opzet van elf relevante aandachtsgebieden worden gepresenteerd in een Healthcare Control Web. Dit is gedaan voor 2003, 2004 en 2005. In 2005 zien we op een aantal gebieden een verslechtering van de prestaties optreden. Dit hangt echter samen met de sterke uitbreiding van het aantal deelnemende instellingen.

Prestaties worden beter

De conclusie die aan het controlweb kan worden verbonden is dat de prestaties van de deelnemende zorginstellingen zich van jaar op jaar geleidelijk verbeteren. Er is dus verbeteringspotentieel aanwezig in de zorgsector. De grote spreiding in de resultaten duidt echter wel op een significante groep achterblijvers.

Treasuryfunctie is onderontwikkeld

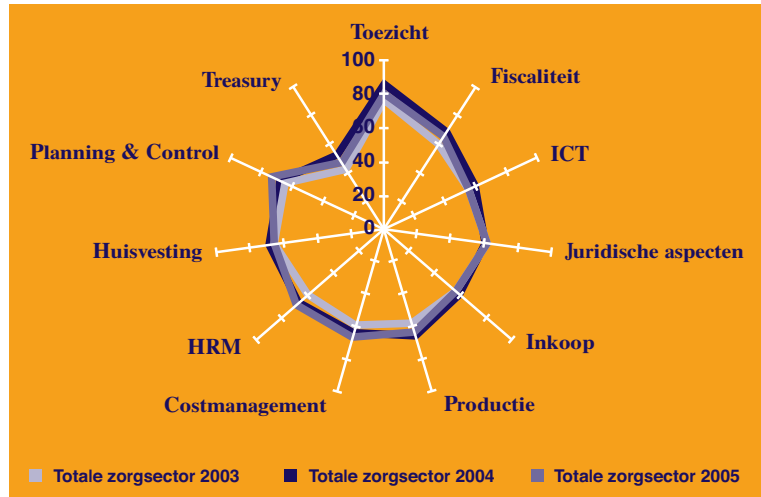
De voor de kapitaallasten zo belangrijke treasuryfunctie is nog duidelijk onderontwikkeld (figuur 2.1). Nader onderzoek naar de prestaties van zorginstellingen op hun renteresultaat laat eveneens grote verschillen zien. Vooral het beheer van het werkkapitaal zou nog aanzienlijk kunnen worden verbeterd. Hoewel er in alle subsectoren sprake is van een grote spreiding, presteren de ziekenhuizen het best, gevolgd door de ggz en de gehandicaptenzorg.

3. Toelating tot het Wfz:

**Niet alle zorginstellingen voldoen aan toelatingscriteria Wfz**

Het Wfz maakt informatie openbaar over de toelating tot de door haar geborgde leningen. Het Wfz kijkt hiervoor zowel naar de financiële positie van de aanvragende instelling als naar de competenties van het (financiële) management. De deelname aan het Wfz wordt steeds meer gezien als het keurmerk voor een goed financieel management van zorginstellingen.

Figuur 2.1 Healthcare Control Web 2003-2005



Bron: PricewaterhouseCoopers, 2006

Grote en toenemende verschillen in prestaties tussen instellingen

De aanzienlijke spreiding in de financiële prestaties van de instellingen wordt door het Wfz bevestigd. Het Wfz wijst er in zijn jaarverslag over 2004 op dat de verschillen tussen de individuele instellingen toenemen. Het is voorts opvallend dat negentien van de zesentwintig zorginstellingen die bij het Wfz onder verhoogde aandacht staan ziekenhuizen zijn. De vermogenspositie in de ziekenhuissector is significant lager dan in alle andere sectoren.

Wfz wijst steeds meer aanvragen af

Het Wfz wijst steeds meer aanvragen af en noemt tekortkomingen in het sturings- en beheersingsinstrumentarium naast een onvoldoende balanspositie als de belangrijkste redenen (Wfz, 2005). Het afwijzingspercentage van het Wfz ligt momenteel al op bijna 50%. Dit percentage heeft betrekking op aanvragen voor deelname van instellingen die in de afgelopen periode nog niet als deelnemer bij het Wfz waren ingeschreven. Door het selectieve toelatingsbeleid van het Wfz gaat het hierbij om instellingen waarbij de kredietwaardigheid gemiddeld genomen lager is dan van de Wfz-deelnemers. Het afwijzingspercentage mag dan ook niet zo maar van toepassing worden verklaard op de zorgsector in totaliteit. Maar het afwijzingspercentage van het Wfz in de afgelopen jaren maakt wel duidelijk dat gebrekkig financieel management in de zorgsector zeker geen marginaal probleem is.

Eisen Wfz en banken zullen hoger worden, daardoor instellingen in problemen

In de toekomst zullen de eisen van het Wfz en van financiers worden opgeschroefd. Ook de verzekeraars zullen hier meer rekening mee gaan houden in hun contracteringsbeleid. Voor zover het zorginstellingen niet lukt aan deze eisen te voldoen, kunnen financieringsproblemen ontstaan. Het komt de Raad plausibel voor dat een substantieel aantal

zorginstellingen hieraan niet zal kunnen voldoen, mede door gebrekkige managementcompetenties.

#### **Internationale ervaringen**

4. Buitenland:

In een situatie van vergaande marktwerking zijn instellingen met een zwak management en mindere financiële prestaties kwetsbaar voor overnames en fusievorming. Dit geldt vooral, indien de toegang tot kapitaal onder druk staat. In de Verenigde Staten en Duitsland heeft meer eigen instellingsverantwoordelijkheid voor de verkrijging van kapitaal geleid tot fusies en overnames. Op die wijze heeft de markt zelf een deel van de problematiek opgelost.

In VS: geen investeringsstop, wél fusiegolf

In de Verenigde Staten heeft de introductie van prospectieve financiering voor de kapitaallasten in het Medicare-programma begin jaren negentig niet tot een investeringsstop geleid, maar wel tot een fusie- en overnamegolf. Recent onderzoek laat zien dat de toegang tot kapitaal voor bijna 20% van alle ziekenhuizen nog steeds lastig is (HFMA, 2003). Deze instellingen zijn kwetsbaar en moeten soms op zoek naar een financieel sterkere partner.

Duitsland: private instellingen kopen publieke op

In Duitsland kopen private ziekenhuisketens veelal minder goed geleide publieke ziekenhuizen op. De gebrekkige toegang tot voldoende kapitaal is de hoofdoorzaak achter dit proces. Dit kan in enkele gevallen leiden tot gedwongen sluiting. Er wordt verwacht dat dit jaarlijks geldt voor tussen de 0,2% en 2,5% van alle ziekenhuizen (Augurzky et al., 2005). Fusievorming en schaalvergroting zijn echter veel belangrijker. Men verwacht dat van de circa 2.000 Duitse ziekenhuizen er uiteindelijk circa 750 in private handen terechtkomen. De private ketens onderscheiden zich door hun goede toegang tot kapitaal. In de ouderenzorg vindt een analoog proces plaats (Augurzky et al., 2005).

## **2.5 Management: conclusies**

Conclusies uit deze analyse:

Kan het instellingsmanagement de beleidsvoornemens in de kapitaallastenbrief aan? De Raad trekt enkele conclusies.

Er moet nog veel verbeteren!

Het instellingsmanagement heeft in het algemeen nog een weg te gaan om zich de bedrijfsvoering eigen te maken die past bij de integrale verantwoordelijkheid voor de kapitaallasten. Dit is ook niet verwonderlijk: het instellingsmanagement heeft dit immers nooit hoeven doen. Sterker nog, veel van de regelgeving is in de praktijk een regelrecht verbod op een marktgerichte omgang met investeringen.

Driekwart van de instellingen kan dit aan	Voor de gemiddelde en de beter geleide instellingen moet het goed mogelijk zijn om zich de noodzakelijke competenties snel eigen te maken. Het gaat dan om zeker driekwart van alle zorginstellingen. Voor hen vormt een snelle invoeringstermijn de juiste en noodzakelijke prikkel.
Maar de rest kan in de problemen komen	Maar er is ook een aantal instellingen dat zich qua financiële bedrijfsvoering in een achterstandspositie bevindt. Het gaat dan om een combinatie van lage solvabiliteit, onvoldoende treasury en tekortkomingen in het beheersings- en sturingsinstrumentarium. Deze groep bedraagt naar schatting maximaal een kwart van alle instellingen.
Een vangnet is voor hen niet nodig, integendeel!	Voor deze instellingen is echter geen uitgebreid structureel vangnet van overheidswege noodzakelijk. De sector kan een belangrijk deel van deze problemen zelf oplossen, bijvoorbeeld door versterking of vervanging van het management, samenwerkingsconstructies of fusies van (kleinere) instellingen met financieel sterke partners. Het is een goede zaak dat juist de 'zwakkere' instellingen door deze beleidsverandering in beeld komen. De kapitaallastenoperatie biedt zo een uitgelezen en unieke kans om de bedrijfsvoering van zwakkere instellingen te verbeteren. Het spannen van vangnetten en een lange invoeringstermijn staan hiermee op gespannen voet en zijn dus, juist omdat die verbetering zo noodzakelijk is, contrageïndiceerd.
Bij overgangsproblemen 3 oplossingen:	Desondanks heeft de Raad oog voor problemen die door een abrupte overgang naar een nieuw kapitaallastenregime kunnen ontstaan. Zoekend naar oplossingsrichtingen, ziet hij drie mogelijkheden.
1. In nkc's meer individuele vastgoedkenmerken	1. In nkc's kan de overheid, meer dan bedoeld in de kapitaallastenbrief, rekening houden met specifieke vastgoedposities, bijvoorbeeld de leeftijd van de gebouwen. De hier te hanteren parameters moeten weliswaar specifiek zijn, maar niet gerelateerd aan het niveau van de individuele instelling. Een licht hoger abstractieniveau (c.q. indeling in herkenbare klassen) is gewenst. Op deze manier kunnen waarschijnlijk de meeste potentiële probleemgevallen - een klein aantal, denkt de Raad - gedetecteerd worden, waarna een oplossing binnen bereik komt. Omdat de nkc-opbouw bij het CTG/Zaio ligt, gaat de Raad hier niet verder op in.
2. Toestemming op private winstbestemming	2. De Minister staat, in het licht van de wenselijkheid van een snelle en probleemloze overgang, toe dat instellingen zelf de opbrengst van verkoop van vastgoed een bestemming geven. In het overleg met instellingen zou de Minister de stelling kunnen betrekken dat dit het logisch complement is van het feit dat versneld risico op vastgoed bij de instelling terecht komt, zonder publiek vangnet.

Het beleid op het vlak van de opbrengstbestemming is dan onderdeel van een stimuleringsbeleid met een positieve invalshoek.

3. Faciliteer private steunconstructies

3. Als de sector initiatieven tot steunconstructies van zwakgeleide instellingen neemt, zou de Minister daar positief en faciliterend op kunnen reageren, ook als de kans bestaat dat dit op termijn tot overnames leidt. Het is de Raad bekend, dat deze initiatieven er zijn en hij denkt dat daar positiever op kan worden gereageerd dan nu het geval is.

Een combinatie van deze oplossingsrichtingen zal waarschijnlijk het meeste effect sorteren, dat wil zeggen een snelle, pijnloze overgang bevorderen. Zorgvuldigheid en goed overleg met de sector doen de rest. In hoofdstuk 4 Implementatie komt de Raad hierop terug.

Soms doet care het beter, soms cure

De verschillen in financiële prestaties lopen niet zozeer langs de lijn cure en care. De balansposities en de stille reserves zijn veelal beter bij care-instellingen dan bij de ziekenhuizen. Kapitaalkrachtige woningbouwcorporaties zijn vanuit hun taakopdracht geïnteresseerd om te investeren in woonzorgvoorzieningen en de noodzakelijke financiële kennis is waarschijnlijk relatief snel op te bouwen. Specifieke machtsconstellaties van medisch specialisten kunnen er bovendien toe leiden dat het ziekenhuismanagement een lastiger taak heeft met het beheer van haar interne stakeholders. De ervaringen met het Healthcare Control Web duiden er wel op dat ziekenhuizen op dit moment in het algemeen over meer en beter ontwikkelde financiële expertise beschikken.

### 3 Aanbevelingen en advies

#### 3.1 Visie van de RVZ

Wat betekent dit nu voor de patiënt?

Voor de Raad is leidend de vraag wat de omslag van budgetbekostiging naar integrale prestatiebekostiging betekent voor patiënten en cliënten van zorginstellingen. Het verleggen van de verantwoordelijkheid voor kapitaallasten naar bestuurders van zorginstellingen is een goede zaak. Zorginstellingen zullen bewust moeten afwegen hoe zij de lasten die voortvloeien uit huisvestingsbeslissingen kunnen terugverdienen door het leveren van zorg. Dat stimuleert een nieuw optimalisatiestreven: 'niet zoveel mogelijk, maar zo goed mogelijk benutte vierkante meters'. En dat betekent doelmatiger bouw en dus meer waar voor geld.

Die gaat er op vooruit: meer klantgericht bouwen

Daarvan profiteert de burger. En ook de patiënt/cliënt. Door deze nieuwe vorm van bekostiging worden instellingen - bij voortschrijdende marktwerking - gestimuleerd meer rekening te houden met diens wensen. Het gebouw wordt een marketinginstrument, waarmee instellingen zich willen onderscheiden. Dit geldt zeker voor de care, waar huisvesting niet alleen een relatief groot aandeel heeft in de totale lasten van de instelling, maar bovendien core business is. Maar ook in de curatieve zorg zal het nieuwe beleid tot een doelmatiger gebruik van vastgoed en technologie leiden.

De Raad is positief over deze koerswijziging, maar heeft 3 vragen

Er is dus alle reden deze ingrijpende beleidswijziging toe te juichen. Voorwaarden ontstaan voor een meer dan nu op de maatschappelijke behoefte toegesneden zorgverlening. Met andere woorden: de kansen voor innovatie, kwaliteit en doelmatigheid nemen toe. Goed voor de patiënt en de bewoner, voor de belastingbetaler en voor de zorgaanbieder. Dat roep een vraag op: kan het niet sneller?

1. Kan het niet sneller?

#### **Invoeringsstrategie**

De in de kapitaallastenbrief voorgestane invoeringsstrategie is te voorzichtig. Niet alleen kiest de Minister voor een lange invoeringstermijn, maar bovendien blijft het definitief doorgaan van de operatie in de lucht hangen. De overheid heeft er immers voor gekozen een knip te zetten tussen de bureaucratische totstandkoming van normatieve kapitaallastencomponenten (nkc's) en de liberalisering van de prijzen en zelfs de budgetten. Hiermee wordt de prikkel tot verandering van de bedrijfsvoering in de beoogde richting - bewuster afweging van investeringsbeslissingen - te zeer verzwakt. De Raad pleit voor een snellere invoering dan pas in 2012, in een perspectief van liberalisering.

De Raad stelt verder vast dat in het veld - zowel in de care als in de cure - groot draagvlak is voor een implementatiestrategie, waarbij instellingen de mogelijkheid krijgen om op korte termijn uit het bestaande regime te stappen (ontkoppelen), met medeneming van hun eventuele boekwaardeprobleem. De verwachting is dat het merendeel van de instellingen die overstap zal willen maken en dat een (vermoedelijk kleine) restcategorie instellingen overblijft, die door een dergelijke overstap in de financiële problemen kan komen. Voor die instellingen moet er een overgangsmaatregel komen in de vorm van een afbouwende subsidie. Dus: geen generiek maar een specifiek overgangsbeleid. Later in dit hoofdstuk hierover meer.

### **Level playing field**

2. Is een level playing field nodig en houdbaar?

In de kapitaallastenbrief wordt groot belang gehecht aan een level playing field voor alle instellingen. Voor de overstap naar integrale prestatiebekostiging is het instapmoment van instellingen van groot belang. Zo zien (onder andere) instellingen die onder de WZV net nieuw hebben gebouwd zich geconfronteerd met een sterk negatieve uitgangspositie ten opzichte van andere instellingen en nieuwe toetreders. Aangezien de nkc een gemiddelde zal zijn, zullen zij daar de eerste tien jaar niet mee uitkomen. De brief introduceert een soort verevening tussen instellingen om zo een level playing field te creëren.

RVZ: niet streven naar level playing field!

De Raad is van mening dat dit voornemen de invoering van integrale prestatiebekostiging ernstig bemoeilijkt. Hij stelt daarom voor steunmaatregelen alleen in te zetten voor zover het voortbestaan van een toegelaten instelling wordt bedreigd, indien geen overgangsmaatregelen worden genomen. Men kan zich dan richten op het niveau waarop een level playing field wordt bereikt op de relevante geografische markt(en) waarop de desbetreffende instelling actief is. Hij ontraadt dus een streven naar level playing field als zodanig en is van mening dat de overheid hiertoe ook niet is gehouden in de specifieke situatie. Overigens zal het feitelijk onmogelijk zijn dit streven te realiseren, omdat level playing field een groot aantal meer of minder verwante aspecten kan omvatten.

### **Vangnetfuncties**

3. Zijn publieke vangnetten nodig?

Uit de kapitaallastenbrief komt naar voren dat de overheid de thans beschikbare vangnetfuncties min of meer onverkort in stand wil houden tot 2012. Er blijft een rol weggelegd voor het Waarborgfonds, dat met achtergestelde leningen de balansen van instellingen kan versterken. Ook de saneringsregeling blijft als steunmaatregel overeind (zij het in iets gewijzigde vorm). Daarnaast dragen maatregelen op het gebied van herallocaties en de lengte van de invoeringstermijn bij aan een zwaar vangnetsysteem. Hiermee wil de Minister voorkomen dat (veel) instellingen failliet gaan.



Publieke vangnetten staan ondernemerschap in de weg!

Hier staat, zegt de Raad, tegenover dat het bestaan van vangnetten de prikkel om de bedrijfsvoering aan te passen reduceert en geen noodzaak creëert te zoeken naar andere - private - vangnetconstructies (bijv. verzekeren van leningen). Bovendien moet de angst voor faillissementen niet worden overdreven. Een faillissement is alleen dan bezwaarlijk, indien dit betekent dat in een bepaald gebied zorg niet meer toegankelijk is. Net als in het bedrijfsleven, zal in geval van dreigende faillissementen, vaak een oplossing via de markt worden gevonden (doorstart, fusie of samenwerking, overname, vervangen bestuur), waardoor de continuïteit van zorg gewaarborgd blijft. In die zin heeft sanering via de markt ook een zuiverende werking. En verder bestaat er in een aantal regio's op dit moment overcapaciteit aan zorgaanbod, die langs deze weg op natuurlijke wijze kan worden gereduceerd tot niveaubehoeftes.

Wees daar dus zeer terughoudend mee

De Raad pleit dan ook voor terughoudendheid bij het inrichten van publieke vangnetfuncties. Deze zouden zich moeten beperken tot een evident publiek belang, zoals de beschikbaarheidsfunctie, met andere woorden tot de zorgvormen die niet door de markt kunnen en zullen worden voortgebracht. Dit vergt overigens een afzonderlijk politiek besluit, omdat het ook voor andere VWS-dossiers geldt. Een vangnet kan in de tweede plaats worden gespannen voor instellingen die als gevolg van 'apert onbillijke situaties' in de financiële problemen zijn gekomen (bijvoorbeeld het asbestprobleem van ziekenhuis Zutphen).

Private vangnetten: prima!

Daarnaast dient de overheid private vangnetfuncties te stimuleren. Dat kan door bijvoorbeeld beleggingen of andere vormen van kapitaaldeelname in maatschappelijke ondernemingen (waaronder zorginstellingen) fiscaal aantrekkelijk te maken. Ook zijn onderlinge steunconstructies denkbaar, die in voorkomende gevallen door de overheid gefaciliteerd zouden moeten worden als zijnde aantoonbaar algemeen belang.

Minister: geef een heldere boodschap af over verantwoordelijkheid

#### **De boodschap aan de zorginstellingen**

De Raad stelt de Minister voor een niet mis te verstane boodschap aan de zorginstellingen af te geven: "U krijgt de verantwoordelijkheid én de beleidsruimte die u nodig hebt om deze verantwoordelijkheid waar te kunnen maken. Ik zal belemmeringen wegnemen en ondernemerschap bevorderen. Ga er van uit dat de komende jaren in het teken zullen staan van deregulering. Maar dat betekent wel dat u vanaf nu zélf de aanhangende problemen en risico's oplost. Alleen voor evidente en substantiële onrechtvaardigheden (buiten schuld management) kan ad hoc naar een oplossing worden gezocht, bij voorkeur op basis van zelfregulering, die ik waar mogelijk zal ondersteunen".

### 3.2 Beantwoording vragen minister van VWS

De Minister heeft 4 vragen

In hoofdstuk 2 zijn de antwoorden op de vier vragen van de minister van VWS gegeven. Een nadere onderbouwing vindt u in de achtergrondstudies bij dit advies. Hieronder vat de Raad dit alles samen.

Vraag 1

#### **Vraag 1**

**'Welke voorwaarden stelt eigen verantwoordelijkheid voor de huisvestingslasten aan de interne organisatie van zorginstellingen?'**

4 vuistregels

In 2.2 formuleert de Raad vier vuistregels voor corporate finance:

1. **Investerings vereisen positieve netto contante waarde.**
2. **Bij groter bedrijfsrisico nemen de kosten van kapitaal toe.**
3. **Instellingen moeten voldoende liquide middelen hebben om aan de rente- en aflossingsverplichtingen te kunnen voldoen.**
4. **Het eigen vermogen moet van voldoende niveau zijn, dus moeten de operationele marges toenemen.**

12 kerncompetenties

Van deze vuistregels leiden wij in 2.3 12 kerncompetenties voor het integraal management van vastgoed en kapitaallasten af:

#### ***Bestuur en governance***

1. **Corporate governance**
2. **Strategische planning**
3. **Extern stakeholder management**

#### ***Algemeen management***

4. **Intern stakeholder management**
5. **Opbouw trackrecord**
6. **Sturen van marges**
7. **Sturen van de bezetting op kapitaal**
8. **Inhuren van adequate financiële expertise**

#### ***Investeringsplanning***

9. **De investeringsselectie**
10. **Balansbeheer**
11. **Waardebepaling**
12. **Beheer (werk)kapitaal**

Dit zijn de voorwaarden

Deze kerncompetenties zijn de voorwaarden waaraan de interne organisatie van zorginstellingen zal moeten voldoen. Alle kerncompetenties dienen vervuld te worden. De Raad stelt de Minister voor deze inventarisatie van kerncompetenties, met onderbouwing, te gebruiken in de communicatie met de zorgsector. De inventarisatie kan de basis vormen voor een curriculum voor RvB's, de managementlagen daaronder en RvT's.

Vraag 2

### **Vraag 2**

**'Voldoet de interne organisatie van zorginstellingen aan genoemde voorwaarden?'**

Definitie interne organisatie en management

De Raad verstaat onder 'interne organisatie' het geheel van beleids- en beheersbeslissingen, alsmede de daaruit voortvloeiende interne en externe processen, zoals geïnstitutionaliseerd in: intern toezicht, bestuur, managementsysteem en administratief - logistieke organisatie.

Driekwart kan het (leren)

In zijn algemeenheid kan men stellen dat zeker circa driekwart van alle zorginstellingen de eigen verantwoordelijkheid voor de huisvestingslasten al direct zal kunnen dragen. Men kan tentatief zeggen dat de overige zorginstellingen hun managementcompetenties zullen moeten versterken.

Bedenk: overheidsbeleid was anti-competenties!

Dit behoeft niet te verbazen. Niet alleen managementcompetenties schieten tekort, dit geldt evengoed voor vigerende wet- en regelgeving (en de uitvoering daarvan), voor toezicht, voor de regulering van de arbeidsmarkt, voor de indicatiestelling in de AWBZ en voor de relatie management - professionals (vooral in ziekenhuizen). Al deze omgevingsfactoren belemmeren het instellingsbestuur in de vervulling van de centrale gezagsfuncties. De bestuurder heeft te weinig greep op de gang van zaken in zijn instelling, doordat hij de externe factoren die daarop inwerken onvoldoende kan beïnvloeden. Daarin - en niet zozeer in het gedrag van bestuurders - ligt de oplossingsrichting besloten: deregulering (zie verder vraag 4).

Treasuryfunctie vooral aandacht geven

De Raad verwijst verder naar 2.4 en in het bijzonder naar het Healthcare Control Web. Dat laat zien dat de sector zelf hard aan onder meer de treasuryfunctie moet gaan werken. Men mag verwachten dat de sector dit zonder al te veel extra inspanningen en kosten kan realiseren. De Raad zou het toejuichen, als de noodzakelijke verbeteringen zich in de driehoek kapitaalverschaffer - zorgverzekeraar - instelling zouden voltrekken.

Vraag 3

### **Vraag 3**

**'Op welke punten zijn verbeteringen nodig, indien de huidige interne organisatie niet aan genoemde voorwaarden voldoet?'**

Alle competenties verbeteren

Waar zal het beter moeten? In feite op alle kerncompetenties, zie verder 2.2, 2.3 en 2.4 (het Healthcare Control Web). Hoofdstuk 2 bevat concrete verbeterpunten.

Risico's zullen aanzienlijk toenemen!

De risico's op de zorgproductie in instellingen zullen aanzienlijk toenemen. Oorzaken: de beoogde veranderingen in het vastgoed- en kapitaallastenbeleid in combinatie met de ook toegenomen risico's op de zorginkoopmarkt. Het management van deze risico's vereist nieuwe

competenties. Die zijn in de normale bedrijfsvoering nieuw noch specifiek. De beleidsrijke, regeldichte omgeving van zorginstellingen echter heeft het ontstaan van normale competenties belemmerd.

Maar deze regimeveranderingen zal competenties versterken

De Raad heeft duidelijke aanwijzingen dat een regimeverandering de andere competenties zal stimuleren. Toezicht, bestuur en beheer in zorginstellingen zullen, onder druk of met behulp van de risico's die het gevolg van de regimeverandering zijn, verbeteren. En die verbetering zal, normaal gesproken, voldoende zijn om de risico's voor volksgezondheid en zorg te kanaliseren. Men mag op die fronten zelfs verbetering verwachten.

De markt zal het werk doen

Met andere woorden, hoewel een substantieel aantal zorginstellingen op dit moment nog niet klaar is voor de grote veranderingen op het terrein van vastgoed en kapitaallasten, zullen marktmechanismen - waaronder ook schaalvergroting, samenwerking, het optreden van de stakeholders, in het bijzonder de kapitaalverschaffers en in het uiterste geval faillissement - hierin op natuurlijke wijze voorzien. Voor die marktmechanismen zal de Minister, vooral op het vlak van de bekostiging, het pad moeten effenen. En verder zullen de verhoudingen tussen zorginstelling(-bestuurder) en haar stakeholders op andere leest moeten worden geschoeid.

Vraag 4

#### **Vraag 4**

**'Welke oplossingsrichtingen zijn er als het huidige instellingsmanagement niet aan genoemde voorwaarden zou voldoen?'**

Ingrijpend, maar uitvoerbaar

De Raad taxeert de noodzakelijke transitie binnen de interne organisatie van de instellingen als ingrijpend, maar uitvoerbaar. De primaire verantwoordelijkheid ligt bij het management zelf. De overheid kan het volgende doen

Publiek geld in benchmarking

- In bestaande benchmarktrajecten die met publiek geld worden gefinancierd kan meer aandacht worden geschonken aan de kapitaallasten. De overheid kan hierover in overleg treden met de betrokken brancheorganisaties.

Kenniscentrum

- Richt voor de transitiefase een algemeen toegankelijk onafhankelijk kenniscentrum in dat à la Sneller Beter best practices op het terrein van vastgoedmanagement en corporate finance identificeert en uitdraagt.

Opleidingen

- Bevorder actief dat er op het terrein van financieel management, vastgoedmanagement en corporate finance adequate bij- en nascholingscurricula worden ontwikkeld. Stimuleer dat ook in de wetenschappelijke en meer beroepsmatige opleidingen meer aandacht voor dit soort zaken ontstaat. Dit advies bevat aanzetten.

- Duidelijkheid nkc's - Creëer zo spoedig mogelijk meer duidelijkheid over de hoogte en structuur van de nkc's en over hun werkingsduur. Zonder deze duidelijkheid is elke implementatiestrategie kansloos.
  
- Snelle aanpassingen wet- en regelgeving - Inventariseer welke wettelijke aanpassingen noodzakelijk zijn en implementeer deze. De Raad meent dat daarbij ook - bijvoorbeeld in de Regeling verslaggeving WTZi - duidelijk moet worden welke waarderingsgrondslagen en afschrijvingstermijnen gehanteerd worden.
  
- Geen verschillen care-cure - Introduceer tussen care en cure geen regimeverschillen. Draag er zorg voor dat de algemene psychiatrische ziekenhuizen niet geconfronteerd worden met drie beleidsregimes (ZVW, AWBZ, Justitie).
  
- Achtergestelde lening - De overheid moet zo spoedig mogelijk een standpunt innemen over het financiële instrumentarium dat zij wil hanteren tijdens de transitieperiode. De achtergestelde lening kan onderdeel uitmaken van zo'n regime.
  
- Omzetting rechtspersoon - Verbind aan de toelating ex WTZi de voorwaarde dat een voor-nemen tot omzetting van de rechtspersoon (stichting) moet worden gemeld bij de bevoegde instantie (minister van VWS of CVZ). Die heeft dan de mogelijkheid om eventuele bezwaren voor te leggen aan de rechter die een machtiging moet afgeven voor de omzetting.
  
- College sanering - Schaf de taak af van het College sanering zorginstellingen, bestaande uit het verlenen van goedkeuring van voornemens tot verkoop en verhuur van onroerende zaken door zorginstellingen.
  
- Strategische vastgoed allianties - Stimuleer, bijvoorbeeld door wettelijke belemmeringen weg te nemen, strategische vastgoedallianties van zorginstellingen, gericht op spreiding van financiële risico's.
  
- Een sobere toezichtfunctie! - Benut in eerste instantie de marktconforme toezicht- en governancefuncties, bijvoorbeeld de kapitaalverschaffers. Countervailing power is beter dan extra zorgspecifiek toezicht.

## 4 Implementatie

### 4.1 Overgangstermijn

Dus: houd overgangstermijn zo kort mogelijk!	Voor een succesvolle implementatie van het nieuwe kapitaallastenbeleid is het van belang om de overgangstermijn zo kort mogelijk te houden. Dat stimuleert het management van instellingen om deze nieuwe uitdaging ter hand te nemen. En er bestaat draagvlak voor bij de instellingen. Een langdurig overgangstraject creëert onzekerheid en frustrereert het opgang komen van strategisch vastgoedbeheer in de zorgsector.
Meeste instellingen kunnen het (met een Wfz)	De Raad verwacht dat de meeste zorginstellingen de benodigde competenties snel kunnen ontwikkelen. Voor deze groep instellingen is dan ook geen vangnet nodig. Omdat de huidige balansposities veelal niet sterk zijn, is het wel zaak dat deze instellingen hun financiële risico's (voorlopig) kunnen spreiden. De Raad pleit dan ook niet voor opheffing van het huidige Wfz. De betrokken instellingen zullen zelf hun financiële positie moeten verbeteren.
En een aantal niet	Een aantal zorginstellingen kan in de problemen komen, doordat zij het toegenomen financiële risico in ieder geval op korte termijn niet kunnen dragen. De oorzaken daarvan liggen veelal in een combinatie van ontoereikende managementcompetenties, slechte vastgoedposities en matige financiële prestaties.
Maar: beloon slecht management niet met steunmaatregelen!	De Raad meent dat de overheid gebrekkige managementcompetenties niet kan en moet faciliteren met geldelijke steun. Deze problemen zijn intern oplosbaar. In incidentele gevallen dient de overheid bij te springen bij aperte onbillijkheden die door het bestaande vastgoed worden veroorzaakt. Dit geldt in de regel alleen als dit leidt tot balansproblematiek of structurele exploitatiegevolgen die dusdanig omvangrijk zijn, dat deze het voortbestaan van een instelling direct bedreigen. De overheid laat in dat geval overwegingen van publiek belang een rol spelen bij het verlenen van eventuele steun. De Raad opteert dus voor zo beperkt mogelijke individuele steun, die geen compensatie mag zijn voor falend management.
Private sanering; achtergestelde leningen	De budgettaire omvang van de steun moet zo beperkt mogelijk blijven. Hierbij is ook de budgettaire inpasbaarheid van belang en daarom verdienen specifieke financiële instrumenten (zoals de in de kapitaallastenbrief beschreven achtergestelde leningen) de voorkeur boven het eenmalig afkopen van verschillende uitgangsposities. De Raad pleit ervoor eventuele financiële gevolgen van de overgang naar het nieuwe regime in eerste instantie binnen de branche door zelfregulering te laten oplossen. Dit betekent dat deze overgang het karakter van een private sanering moet hebben. Overheidssteun dient aanvullend daarop te zijn.

## 4.2 Randvoorwaarden

Randvoorwaarden  
bij de overgang

Om de door de Raad voorgestane korte overgangstermijn effectief te kunnen laten verlopen, moet aan een aantal randvoorwaarden zijn voldaan.

### Consistentie beleid

1. Overheid wees  
consistent en regisseer!

Allereerst: consistentie in overheidsbeleid. Zorginstellingen worden de laatste jaren geconfronteerd met majeure beleidswijzigingen op verschillende terreinen (herziening overeenkomstenstelsel, nieuwe zorgverzekeringswet, invoering DBC's en zorgzwaartebekostiging, invoering WMO). Deze wijzigingen volgen elkaar in ras tempo op, waarbij het eindperspectief en de fasering niet altijd even helder zijn. Een strakke beleidsregie is daarom noodzakelijk, zodat de sector met vertrouwen deze nieuwe uitdaging aan kan gaan.

### Detecteren en aanpakken van overgangsproblemen

2. Detecteer de  
problemen en pak ze  
aan: op 3 manieren

In 2.5 heeft de Raad aangegeven hoe de Minister problemen die door een directe overgang ontstaan kan detecteren en aanpakken.

1. De overheid kan in de opbouw van het nkc-tarief rekening houden met specifieke vastgoedposities, zoals de leeftijd van de gebouwen. Het komt de Raad alleszins redelijk voor dat daarmee rekening wordt gehouden in klassen van instellingen.
2. In afwachting van meer duidelijkheid over het complex van eigendom, winst bij verkoop en winstbestemming, zou de Minister de bestemming van eventuele winst uit verkoop in de handen van de zorginstellingen kunnen leggen. Dit lijkt de Raad een logisch sluitstuk van de beleidslogica: het risico op vastgoed en kapitaal-lasten komt, zonder overgangsregime, geheel bij de zorgaanbieder te liggen. In ruil daarvoor verwerft hij het recht van winstbestemming. Op die manier kan de instelling zich adequaat prepareren op de nieuwe situatie en wordt het doel van deze kapitaallastenoperatie gediend.
3. Zoals eerder aangegeven, zal een aantal instellingen door de overgang naar het nieuwe kapitaallastenregime in financiële problemen kunnen komen. Dat vraagt van de sector creativiteit en die is er. Zo zijn er initiatieven bekend van instellingen die een groepsverband zijn aangegaan (concernvorming), waarin (ook) financieel zwakkere instellingen - c.q. instellingen met een slechte vastgoedpositie - zijn opgenomen. Dankzij dit groepsverband kunnen deze instellingen ook zonder overheidssteun 'overleven'. Dit vraagt anderzijds dan ook bereidheid van de overheid om open te staan voor dergelijke nieuwe vormen van vastgoedbeheer en daar waar mogelijk deze te stimuleren. Daar varen alle partijen wel bij.

### **Strategisch vastgoedbeleid en de zorgprofessional**

3. Bereken vastgoedrisico door aan de professional

Het strategisch hanteren van zorgvastgoed door het bestuur kan de relatie met aan de instelling verbonden professionals beïnvloeden. Beslissingen tot verhuur of verkoop van ruimte zullen niet altijd de steun krijgen van de professionals die deze ruimte gebruiken voor hun dienstverlening. Dat is het geval zolang zij geen rechtstreeks belang hebben bij de efficiëncyslag die ermee beoogd wordt. In de HBO-sector is om die reden besloten de huisvestingskosten door te berekenen aan vakgroepen. Dat geeft de docenten zelf een prikkel om efficiency te verhogen. De Raad is van mening dat dit navolging verdient in de zorgsector.

### **Rol College sanering zorginstellingen**

4. Functie College sanering vervalt

Is er nog een taak voor het CSZ bij het verlenen van goedkeuring van voornemens tot verkoop van onroerende zaken door zorginstellingen? Het argument om deze taak destijds aan het college op te dragen was dat aldus gewaarborgd kon worden dat instellingen bij verkoop van onroerende zaken een zo hoog mogelijke – d.w.z. marktconforme – prijs zouden verkrijgen. De Raad is van mening dat een dergelijke taak niet past in een systeem waarin zorginstellingen het financiële risico van de kapitaallasten geheel zelf dragen.

## **4.3 Tijdpad en actiepunten**

In 2007 starten; probleemgevallen 1 jaar uitstel

Dit jaar (2006) nog moeten alle voorbereidende werkzaamheden afgerond zijn. De meeste instellingen kunnen dan per 1 januari 2007 starten met de nieuwe systematiek. ‘Probleemgevallen’ kunnen ondersteuning krijgen en, op basis van een plan, respijt tot maximaal 1 januari 2008.

Breng financiële problematiek in kaart

De volgende activiteiten zijn noodzakelijk:

- De overheid laat de financiële uitgangspositie van alle instellingen (globaal) in kaart brengen. Het vastgoed wordt daarbij zoveel mogelijk tegen de reële waarde gewaardeerd. Zij maakt hiervoor gebruik van credit rating agencies of van de deskundigheid bij een partij zoals het Wfz. Deze nulmeting vindt zo snel mogelijk plaats. Op basis hiervan besluit de overheid of en hoeveel aanvullende middelen zij ter beschikking stelt voor zwakkere partijen (vóór 1 januari 2007).

Minister benoemt commissie ‘probleemgevallen’

- De overheid benoemt medio 2006 een commissie met gezaghebbende en onafhankelijke deskundigen. Deze commissie besluit op aanvraag van de betrokken instelling over ‘probleemgevallen’. De overheid stelt vooraf een mandaat vast voor deze commissie. De commissie kan worden ondersteund met de expertise van het CSZ. Op deze wijze kunnen de werkzaamheden van het College worden beëindigd. De werkzaamheden van de commissie worden



medio 2007 afgerond. Op 1 januari 2008 gaan ook de probleemgevallen over naar de nieuwe systematiek. Er kunnen afspraken zijn gemaakt over steun die nog enige tijd doorgang vindt.

- Plan van aanpak wet- en regelgeving
  - De overheid evalueert welke wettelijke aanpassingen noodzakelijk zijn in de vigerende regelgeving en treft de noodzakelijke maatregelen (vóór 1 januari 2007).
- Stimuleren alternatieve kapitaalverschaffing
  - De overheid moet stimuleren c.q. toestaan dat instellingen toegang krijgen tot additionele kapitaalbronnen. De Raad denkt hierbij aan het aantrekkelijk maken van de plaatsing van obligatieleningen bij een breder publiek, bijvoorbeeld door hierop de fiscale vrijstelling op groen- en risico-investeringen van toepassing te verklaren (1 januari 2007).
- Nieuwe aanbieders
  - De overheid stimuleert de toegang van nieuwe aanbieders door deze direct bij de start van de systematiek toegang te geven tot de nkc's. Het bouwregime is voor deze instellingen niet van toepassing (1 januari 2007).
- Communicatieplan
  - Voor al hetgeen staat te gebeuren, is een communicatieplan noodzakelijk. Dit zou de basis moeten zijn voor het overleg tussen Minister en belanghebbenden. Onder de laatste rekent de Raad ook: zorgcliënten, professionals, verzekeraars en lagere overheden. Onderdeel van de communicatiestrategie zou moeten zijn een open discussie met het parlement over risicomanagement bijvoorbeeld in geval van faillissement (medio 2006)
- Geen bezuiniging
  - Het kabinet zou zo snel mogelijk moeten uitspreken dat de operatie geen bezuinigingsmotief heeft.

**Raad voor de Volksgezondheid en Zorg**



Rien Meijerink,  
voorzitter



Pieter Vos,  
algemeen secretaris



# Bijlagen



## Bijlage 1

### Adviesaanvraag ministerie van VWS d.d. 4 oktober 2005

In een recente brief over het adviesprogramma RVZ 2006 hebt u het verzoek ontvangen advies uit te brengen in het kader van de voorgenoemen herziening van de bekostiging van onroerend goed in het nieuwe zorgstelsel (MC/I&K-2604386). Op 23 augustus jl. was er overleg tussen RVZ en VWS over de invulling van de vraagstelling. Daarna heeft nog een nadere gedachtenuitwisseling via e-mail plaatsgevonden. Op basis van deze informatiewisseling leg ik in deze brief de volgende adviesaanvraag aan u voor.

De WTZi beoogt niet langer te sturen op bouw, maar op voorwaarden voor goed ondernemerschap. Het kabinet wil dat instellingen zelf afwegen hoe ze de kapitaallasten die het gevolg zijn van besluiten over huisvesting, kunnen terugverdienen met de verkoop van zorgdiensten (het leveren van zorg). De brief 'Transparante en integrale tarieven' zet onder andere uiteen hoe deze kosten op een verantwoorde manier kunnen worden ingepast in prestatiebekostiging o.b.v. DBC's en functies. Vervolgens kan de risicodragendheid van de zorginstellingen geleidelijk toenemen en – bij substantiële risicodragendheid – het bouwregime worden afgeschaft (TK 2004/05,27 659, nr. 52). Dit toekomstperspectief betekent een cultuuromslag van de zorginstellingen richting integrale zelfstandige besluitvorming inclusief huisvesting. Dit stelt eisen aan het management van de zorginstellingen, aan de kwaliteit van de sturing en beheersing van de organisatie.

Ik verzoek u te adviseren over het interne management in de situatie waarin zorginstellingen zelf verantwoordelijk zijn voor de huisvestingslasten. Deze centrale vraag valt uiteen in vier deelvragen:

- Welke voorwaarden stelt eigen verantwoordelijkheid voor de huisvestingslasten aan de interne organisatie van zorginstellingen?
- Voldoet het aan genoemde voorwaarden?
- Op welke punten zijn verbeteringen nodig indien de huidige interne organisatie niet aan genoemde voorwaarden zou voldoen?
- Welke oplossingsrichtingen zijn er als het huidige instellingsmanagement niet aan genoemde voorwaarden zou voldoen?

De onderzoeksvraag betreft zowel de ziekenhuis- als de AWBZ-zorg. Bij het uitwerken van de onderzoeksopzet is ondernemingsfinanciering (corporate finance) één van de aspecten waaraan u aandacht kunt besteden.

Ik nodig u uit op korte termijn voor een uitgewerkt plan van aanpak voor het advies aan mij voor te leggen. Verder verzoek ik u het gevraagde advies uiterlijk medio februari 2006 uit te brengen, zodat het kan worden betrokken bij de voortgangsrapportage 'Transparante en integrale tarieven' die in het voorjaar van 2006 aan de Tweede Kamer is toegezegd.

## Bijlage 2

### Adviesvoorbereiding

#### *Vanuit de Raad*

dhr. mr. H. Bosma

mw. M.J.M. Le Grand-van den Bogaard

#### *Ambtelijke projectgroep*

dhr. P. Vos, projectleider

dhr. drs. P.P.T. Jeurissen

mw. mr. M.W. de Lint

mw. J.J. Lekahena-de Wolf, projectsecretaresse

De Raad adviseert onafhankelijk. Gesprekken tijdens de voorbereiding van een advies hebben niet het karakter van draagvlakverwerving.

De gesprekspartners hebben zich niet aan het advies gecommitteerd.

#### *Geconsulteerden*

Tijdens het adviestraject is met de volgende personen/organisaties mondeling of schriftelijk contact geweest over het adviesonderwerp.

- dhr. H.P.A. Boogaard, dhr. B. Pijnappel, dhr. mr. W.H. Neisingh en dhr. drs. R.F. Mouton, Bestuursbureau OpenAnkh
- dhr. drs. M. Verweij en dhr. drs. F. Bisschops, College Bouw Zorginstellingen
- dhr. drs. H.J. Bellers, Waarborgfonds Zorgsector
- dhr. H. Noordzij, BAVO-RNO
- dhr. H. de Wit en dhr. B. Simmelink, CTG-ZAio
- dhr. drs. W.M. Meijer
- dhr. J.M. Bergs en dhr. L.J.J. Rulkens, RA, Vitalis Zorg Groep
- dhr. drs. P.J.J. de Kubber, dhr. drs. W. Matser en dhr. drs. C.A. Wolse, Jeroen Bosch ziekenhuis
- dhr. ir. V.F.J. Baalman, dhr. drs. A. van der Zee, dhr. drs. Th.P.M. Schraven, Zorgconsult Nederland
- dhr. J.J.K. Gerards, Nederlandse Vereniging van Toezichhouders
- dhr. ir. C.J. Windhorst en dhr. Schuurman, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
- dhr. drs. J.F. de Beer en dhr. mr. drs. G.V.M. van Gemert, mw. drs. S. Tax, MSc, Vereniging GGZ Nederland
- dhr. F. Mul en dhr. H. Cosijnse, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
- mw. mr. M.L. Straks en dhr. drs. A.N.M. v.d. Berg, Arcareo
- dhr. drs. M.W.L. Hoppenbrouwer, dhr. ir. P.M. van Rooij, dhr. drs. J.J. van der Rijst, Zorgverzekeraars Nederland

- dhr. G. v.d. Berg, College sanering zorginstellingen
- dhr. T. Weghorst, TCN Property Projects
- dhr. J.P.J.M. Heesters, GGZ Eindhoven
- dhr. prof. dr. G.H. Blijham, NFU
- dhr. G. Zijderveld, BAM
- dhr. J.H. Lindenberg, PwC NL
- dhr. I. Wootton, PwC UK
- dhr. S. Elek, PwC US
- dhr. G. Fiolet, PwC NL
- mw. M. Braunius, PwC NL
- dhr. M. Burkhardt, PwC Germany
- dhr. R. Janssen, PwC Netherlands
- dhr. dr. K. Klinger, PwC Germanyant)
- dhr. D. Pawlik, RHÖN-KLINIKUM AG,  
Bad Neustadt a.d. Saale
- dhr. dr. C. Saure, PwC Germany



## Debatten

In samenwerking met RIGO Research zijn vier debatten georganiseerd: debat met ‘change-agents’ op 24 november 2005, debat care op 17 januari 2006, debat cure op 19 januari 2006 en een debat met ‘beleidsmakers’ op 31 januari 2006. Op 2 februari 2006 hield PwC/HEAD een workshop in het kader van advisering over verzelfstandiging van vastgoed binnen de zorgsector

### 1. Debat ‘change-agents’ 24 november 2005

#### *Deelnemers:*

dhr. R.B. de Haas, Ymere  
dhr. J.K. Hoepel, Twijnstra Gudde  
dhr. J.P. Heida, Gupta Strategists  
dhr. F.J. de Jong, Skewiel Trynwalden  
dhr. P. van Leeuwen, NVB  
dhr. W. Pullen, Center for People and Buildings  
dhr. G. Verduijn, Woonzorg Nederland  
dhr. T. Weghorst, TCN Property Projects  
dhr. N. van der Zee, NVB  
dhr. H. Bosma, RVZ  
dhr. P.P.T. Jeurissen, RVZ  
mw. M.W. de Lint, RVZ  
mw. A. Janzen, RIGO

**Welke kansen biedt integrale prestatiebekostiging (inclusief huisvestingslasten) voor de zorginstellingen? Welke risico's zijn er aan verbonden? Wat gaan zorginstellingen doen?**

#### *Eerst strategie bepalen, dan bepalen hoe vastgoed daarin past*

De indruk bestaat dat zorginstellingen vooral van het bestaande systeem, de regelzucht en overheidsbemoeyenis af willen, zonder precies te weten wat ze dan wel willen. Een uitzondering geldt voor een groep koplopers, die in het beleidsvoornemen een kans zien om vastgoed als strategisch bedrijfsmiddel in te zetten. Zij zien kansen in marktwerking en in de mogelijkheid om keuzen te maken ten aanzien van hun core business. Dit geldt zowel voor de cure als voor de care. Verder wordt een denken vanuit het individu gemist. Wat vraagt die straks aan zorg en wat betekent dat voor de gebouwde omgeving, wat is er voor vastgoed nodig?

Kortom, het is voor zorginstellingen, zowel in de cure als in de care, van belang om eerst het strategisch beleid te bepalen – wie wil je zijn en waar wil je voor staan? – en pas dan te bepalen hoe het vastgoed daarin past.

*Belang van vastgoed voor care en cure verschilt ... en heeft dus verschillende consequenties*

Tot zover zijn er geen verschillen tussen cure en care, daarna wijken ze uiteen. Want hoewel er mengvormen zijn, gaat het bij cure in beginsel om tijdelijk verblijf, terwijl het bij care om permanent verblijf gaat in de zin van 'wonen'. Dit gegeven brengt met zich mee dat het vastgoed in beide sectoren een verschillende plaats inneemt; daarmee verschillen ook de kansen en risico's van de voorgestane operatie.

**Caresector**

Er zijn veel rapporten verschenen over wonen, zorg en dienstverlening en de noodzaak om over te gaan van aanbod- naar vraagsturing. Vraagsturing is er echter al lang en wel voor de 'have's': die zorgen er wel voor dat ze goede woningen krijgen met goede zorgarrangementen. Het effect hiervan zal zijn dat een deel van de gebouwen leeg komt te staan doordat deze mensen elders nieuwe – luxere – woningen kopen; het andere deel wordt gevuld met 'have nots'. Daarmee ontstaan imago-problemen. En er dreigt tweedeling te ontstaan, vooral in de verzorgingshuizen. In feite zien we nu al dat er leegstand ontstaat. Het aantal ouderen stijgt weliswaar, maar het aantal ouderen 'aan de onderkant' van de samenleving daalt. In de middengroepen zit de groei, daar richt de markt zich op. Als eenmaal leegstand ontstaat dan gaat het snel achteruit omdat de kosten over minder eenheden gedeeld moeten worden. Dat is een neerwaartse spiraal.

Eén van de deelnemers werpt naar aanleiding hiervan de vraag op waarom vastgoed gezien wordt als een strategische component. Er moet immers boekwaarde gecompenseerd worden, wooneenheden moeten groter worden en dus kunnen er minder eenheden worden teruggebouwd, terwijl er in de huidige situatie al relatief veel onrendabel gebouwd moet worden om tot sociaal acceptabele huren te komen. Dat zijn geen kansen, dat zijn alleen maar kosten.

Een ander merkt op dat het probleem van de verzorgingshuizen sowieso op tafel ligt, ook los van het kapitaallastenvraagstuk. Verwacht wordt dat woningcorporaties bereid zullen zijn om daarin (onrendabel) te investeren, vooral die corporaties die (te)veel geld hebben. Anderen vragen zich af of dit wel zo zal werken, aangezien hier een ander probleem om de hoek komt kijken. Stel, een zorginstelling heeft een mooi gelegen terrein met daarop gebouwen die niet (meer) aan de vraag/maatschappelijke norm voldoen. En stel dat deze instelling het voornemen heeft om een woon-zorgcombinatie te creëren en daartoe het vastgoed binnen wil brengen bij een woningcorporatie. Dan stuit hij op het CSZ, dat 'wil afrekenen', omdat vermogen buiten de sector gebracht wordt.

Wederom wordt de vraag gesteld waarom er zo'n fixatie is op het vastgoed: veel ouderen wonen al jaren in een appartementencomplex; op enig moment worden ze zo oud dat ze zorg nodig hebben. Daar gaat het om: het vastgoed is er al, de bewoners zijn er, hoe bied je passende zorg? Dat moet het centrale issue zijn, ongeacht waar dat gebeurt. Zorginstellingen moeten zo flexibel mogelijk op de veranderende vraag naar zorg kunnen inspelen. Een advies aan hen zou dan ook zijn: laat anderen met het vastgoed zitten, hevel de gebouwen over aan anderen die er hun core business in hebben. Dat zie je ook in het bedrijfsleven, daar heeft huur de voorkeur boven eigendom. Ontkoppel dus wonen en zorg.

In dit verband is de ontwikkeling die Sun City in de USA doormaakt tekenend. Dat is een organisatie die woonvoorzieningen voor ouderen maakt en daarbij ook zorg levert. Ze heeft haar origine in het vastgoed, maar heeft dat nu helemaal afgestoten omdat ze daarmee kapitaal verkreeg waarmee ze haar zorgactiviteiten kon uitbreiden. Inmiddels genereert ze daarmee 10 tot 15% van de totale omzet. Dichter bij huis zijn daar ook voorbeelden van te vinden, bijvoorbeeld de verzelfstandiging van de NS. Vraag voor de NS was: zijn wij een vastgoedbedrijf dat ook treinen laat rijden of zijn wij een transportbedrijf dat toevallig vastgoed heeft. De NS koos voor het laatste.

Overheveling van het vastgoed betekent echter niet automatisch een kans: zorginstellingen zullen meer dan nu het geval is hun positie moeten verdienen; de vanzelfsprekendheid verdwijnt als ze het gebouw niet meer bezitten; er kunnen immers meerdere zorgverleners in zo'n gebouw opereren.

Hier speelt nog een financieel aspect dat pleit voor de keuze voor afstoten. Er is veel te doen over veranderende vermogensbehoefte als gevolg van het kapitaallastenbeleid. Als je de balansen in de zorg verlicht door het vastgoed eraf te halen is er voldoende eigen vermogen.

Vraag is of afstoten wel een reële mogelijkheid is voor verzorgingshuizen. Het gaat daarbij vaak om bestaand vastgoed dat verouderd is. Wie wil dat nu kopen? Wat is het waard? Een ontwikkeling die nu al zichtbaar is, vooral aan de buitenkant van de randstad, is dat lokale corporaties om dit soort locaties concurreren met anderen. Veel corporaties hebben een te hoge vermogenspositie. Als ze daar niets mee doen, dreigt dit afgeroomd te worden. Hierdoor vragen ze vaak minder huur per maand.

Voor care - en dan vooral de ouderenzorg - zit de oplossing dus in het overhevelen van vastgoed naar organisaties die daarin hun core business hebben. Dus wonen en zorg scheiden. Dat gebeurt ook al. Ouderen die huren krijgen vaak individuele huursubsidie en huren dus zelf woningen;

daarnaast kopen ze zelf hun zorg in. Een zorginstelling die zelf geen vastgoed meer heeft kan ook met zijn bewoners naar een andere vastgoedexploitant gaan. Ook het omgekeerde komt voor, namelijk dat een vastgoedeigenaar zorgpakketten samenstelt en naar zorginstellingen gaat met de vraag wie wat kan bieden. Marktwerking vindt hier dus al plaats; laat dat vooral zijn gang gaan.

Er zijn ook zorginstellingen die tevens woningcorporaties willen zijn; denk bijvoorbeeld aan de Vitalis zorggroep. Die bestaat uit een aantal werkmaatschappijen, waarvan één een woningcorporatie is. De maatschappijen vormen een groep via personele unies. Overigens mogen woningcorporaties thans niet meer 'verbonden' zijn met andere rechtspersonen.

### **Curesector**

Wat marktwerking voor deze sector met zich meebrengt laat zich illustreren aan de hand van de situatie in het buitenland. Daar is gebleken dat in 2 tot 3 jaar tijd een nieuw ziekenhuis gebouwd kan worden. Wij doen er 10 jaar over. Marktwerking zal een veel snellere cyclus met zich meebrengen als gevolg van de noodzaak om in te spelen op veranderende omstandigheden. Dat vraagt om een grotere mate van flexibiliteit. Ziekenhuizen hebben nu een levenscyclus die zich niet goed verhoudt tot de investering in het vastgoed. Verwacht wordt dat de wijziging in het kapitaallastenbeleid tot gevolg zal hebben dat er minder grootschalig en minder op de groei zal worden geïnvesteerd. Er worden nu maximale gebouwen neergezet, omdat er maar eens in de 50 jaar nieuw gebouwd mag worden en eens in de 25 jaar verbouwd. Dan wordt vanzelf ingezet op het maximale.

Een van de deelnemers merkt op dat hierin een paradox schuilgaat: enerzijds zullen instellingen willen inspelen op veranderende vraag en dus flexibel willen zijn. Aan de andere kant veronderstelt het strategisch omgaan met vastgoed dat zij zich langdurig vastleggen. Je zou mogen verwachten dat bij meer marktwerking instellingen van de inflexibiliteit die dat met zich meebrengt af willen. In de praktijk zie je echter dat zij 'verlekkerd naar het vastgoed kijken'.

Daar wordt tegenover gesteld dat locatie erg belangrijk is; dat bepaalt immers (mede) de marktwaarde, dus het ligt voor de hand dat instellingen zich daarop wel willen vastleggen. Maar binnen die locatie willen zij flexibel zijn, gemakkelijk ruimtes kunnen veranderen. Dat laatste blijkt nu erg moeilijk.

Er lijkt bedrijfseconomisch een kans om de productiviteit per vierkante meter te verhogen. Op dit moment is helemaal niet bekend wat de productiviteit per m<sup>2</sup> is, laat staan dat daarop gestuurd wordt, zoals dat in

het bedrijfsleven gebeurt. Aangenomen wordt dat ziekenhuizen met tenminste 30% minder ruimte toekunnen. Of ziekenhuizen nu groot of klein zijn wat beddenaantal betreft, in beide gevallen is de productiviteit per m<sup>2</sup> te laag. Dat betekent dat zij ofwel meer activiteiten moeten verrichten, dan wel minder vierkante meters moeten gebruiken en de overblijvende ruimtes verhuren. Een operatiekamer wordt vrijwel nooit 12 uur per dag gebruikt, terwijl het een dure ruimte is. En dat geldt voor vrijwel alle ruimtes binnen het ziekenhuis. Er zullen dus afwegingen gemaakt moeten worden, die nu niet worden gemaakt omdat er geen financiële consequenties aan verbonden zijn. Dat gaat veranderen.

Overigens wordt een kanttekening geplaatst bij de gedachte dat strategisch omgaan met vastgoed 'de redding' zou zijn voor de zorg; dat is een farce. Studies in het kader van bijv. het Groene Hart Ziekenhuis hebben uitgewezen dat de uiteindelijke investering in vastgoed en onderhoud nog geen 5% van het budget uitmaken. Als je wilt besparen op de kosten in de zorg moet de oplossing gezocht worden in een efficiënter zorgproces en in de facilitaire diensten (deze laatste opgeteld bij het vastgoed maken wel zo'n 20% van het budget uit).

Het probleem in de cure is niet zozeer de omvang van de investering per project maar de specificiteit ervan. Dat zorgt voor een hoog risicoprofiel. Ziekenhuizen zijn monofunctionele gebouwen, de alternatieve aanwendbaarheid is vrijwel nihil. Dat geldt voor de behandelruimtes, maar bijvoorbeeld weer niet voor kantoorruimte. De verwachting is dan ook dat beleggers, ontwikkelaars etc. wel interesse zullen hebben in zorghotels en planbare low care voorzieningen, maar niet in bijvoorbeeld operatiekamers. Het lijkt dus belangrijk die functies te scheiden (kantoren, beddenhuis, behandelruimtes). Het advies aan de ziekenhuizen zou zijn: denk in onderdelen. Zet niet in op totale nieuwbouw, maar bekijk per functie wat nodig is.

Biedt de mogelijkheid om positieve bezettingsresultaten te halen uitkomst? Verpleeghuizen hebben gemiddeld een bedbezetting van 95%; voor ziekenhuizen ligt dat beduidend lager. Het is voor hen dus gemakkelijker om 5 tot 10% extra patiënten binnen te halen dan voor een sector die al bijna vol zit. Als in het tarief vaste lasten vergoed worden zou dat een interessante optie kunnen zijn. Hierop doorredenerend vraagt een deelnemer zich af of het dan niet ook handiger zou zijn om onderscheid te maken tussen medische behandeling en de verzorging die daarop volgt en dit laatste zo nodig in een apart bedrijf onder te brengen. Een ziekenhuis kan voor verpleging die op medische interventie volgt bijvoorbeeld ook een verpleeg- of verzorgingshuis inschakelen die dat voor zijn rekening neemt. Vraag is dus hoe het ziekenhuis er over 10 jaar uitziet: als een high tech interventiecentrum (kernbedrijf), dat al het andere uitbestedt? Dat is allemaal mogelijk.

Een van de deelnemers werpt naar aanleiding hiervan de vraag op of denkbaar is dat op termijn toch een gemengd regime ontstaat, waarbij het concept van totale marktwerking gemitigeerd wordt. Zo zag je bijvoorbeeld in Zweden dat kantoorruimtes e.d. wel ondergebracht werden bij beleggers, maar monumenten niet. Dat blijft een overheidstaak. Biedt dat geen kansen voor de zorgsector? Kan zij niet zeggen: 'goed overheid, wij willen best mee in deze ontwikkeling, maar dan alleen voor dat deel dat we fatsoenlijk in de markt kunnen onderbrengen?'

In wezen is die tweespalt er al, we kennen in de cure immers het a- en het b-segment. Alleen het laatste wordt aan de markt overgelaten. Een probleem van het overgangsregime en de situatie waar we naar toe gaan is de vraag wat de kapitaallastencomponent zal zijn voor die verschillende segmenten. Het risico bestaat dat dit afwentelingsmechanismen en kruissubsidiëring tussen de segmenten teweegbrengt; dan krijg je het slechtste van twee werelden.

Uit de kapitaallastenbrief lijkt verder te kunnen worden opgemaakt dat er altijd een normatieve kapitaallastencomponent zal blijven. Deelnemers vinden dat dit niet goed bij marktwerking past. Een van de deelnemers is echter van mening dat dit ook een prikkel kan geven om onder die norm te blijven. Dat is net echte markt: degene die snel weet te handelen heeft een voorsprong.

Vraag is tenslotte of het in een marktgerichte situatie te veroorloven is om tegengestelde belangen te hebben tussen medisch specialisten en de organisatie. In het buitenland is de beloning van specialisten gekoppeld aan de prestaties van de organisaties, of ze hebben een eigen instelling. Ook is een situatie denkbaar waarin medisch specialisten diensten inkopen bij het ziekenhuis. Enkele deelnemers verwachten dat het belang van medisch specialisten en het organisatiebelang van de instelling door marktwerking vanzelf meer naar elkaar zullen toegroeien.

### **Algemeen**

#### *Gelijkwaardige uitgangspositie: kans of belemmering?*

Een wezenlijk gevoeld probleem in zowel de cure als care sector is dat het CSZ meeropbrengsten mag afromen. Als het ministerie serieus werk wil maken van ondernemerschap in de zorg dan zou het CSZ moeten worden afgeschaft. Dat zou betekenen dat een instelling die (toevallig) een dure lap grond heeft, daar voordeel van heeft. De verschillen in boekwaardeproblematiek hangen van verschillende kwesties af. Enerzijds hangt het af van de tijd waarin en wijze waarop eigendom is verkregen: als een instelling vijf jaar geleden grond heeft gekocht staat het hoog in de boeken; is het 100 jaar geleden via legaat verkregen dan niet. Daarnaast bestaat ook hier een verschil tussen 'haves en havenots'. Zo is bekend dat een aantal ggz-instellingen grootgrondbezitters zijn.

Als zij daarvan een klein deel zouden bestemmen voor woningbouw dan kunnen ze wel vijf keer een nieuwe instelling neerzetten en dan houden ze nog geld over. Er zijn ook ziekenhuizen in stedelijke gebieden waar een projectontwikkelaar graag een nieuw ziekenhuis bijbouwt als hij een stukje grond mag ontwikkelen. Dat soort gedachten bestaan al. Als de CSZ afgeschaft wordt dan geeft dat grote kansen voor de 'haves', maar ontstaat een probleem voor de 'havenots'. In veel gevallen zullen die dan ook worden overgenomen door de 'haves'. De verschillen tussen beiden zullen groter worden.

Vraag is of dit laatste erg is. Enerzijds leeft de opvatting dat dit inherent is aan marktwerking; anderen vinden een gelijkwaardige startpositie noodzakelijk en rechtvaardig. Immers, de 'haves' zijn vaak door puur toeval rijk geworden.

Vraag in dit verband is ook hoe banken aankijken tegen het risico van verschillende startposities. Banken kijken naar de capaciteit om geld te verdienen. Als een instelling goede assets heeft is er meer te verdienen; is het tegenovergestelde het geval dan zal er snel geld bij moeten. Maar banken kijken altijd naar de verdien capaciteit op langere termijn.

Banken koppelen de rente aan het risico en dat wordt nu gedempt (is teruggebracht, namelijk 5 tot 3 basispunten en 10 punten uit het waarborgfonds). Het wordt belangrijk gevonden niet te veel waarborgen te geven aan de instellingen. Anders kan marktwerking nooit van de grond komen. Daar staat tegenover dat basisvoorzieningen wel geborgd moeten worden. Maar wat zijn precies 'basisvoorzieningen'? Ook bij woningcorporaties speelt deze vraag: zij richten zich zowel op sociale woningbouw als op de gewone markt. Als gekozen wordt voor marktwerking in de zorg dan is het dus van belang of het gaat om een basisvoorziening of om een full flex marktpositie. Als het laatste de bedoeling is dan moet een positie gecreëerd worden waarin met anderen geconcurrereerd wordt; anders zal de concurrent dit zeker aanhangig maken bij de Europese Commissie met de vraag of hier niet sprake is van ongeoorloofde staatssteun.

Borgen lijkt dus alleen aangewezen voor activiteiten die anders niet rendabel zijn (bijvoorbeeld basisfuncties, acute zorg). Dat kan overigens op verschillende manieren gebeuren. Zo is ook denkbaar dat een bepaald bedrag gegeven wordt aan de aanbieder voor het leveren van deze zorg (projectsubsidies). Aanbieders kunnen dan zelf bepalen wat daarvoor aan vastgoed nodig is. In dat geval is een waarborgfonds niet nodig. Denkbaar is voorts dat dit gepaard gaat met het verbinden van de voorwaarde aan de exploitatievergunning dat een instelling bepaalde basisfuncties moet aanbieden.

Opvallend is dat er nogal eens instellingen in de financiële problemen geraken, maar dat er een behoorlijke ruimte tot bijsturing is. Ervaring leert dat een nieuwe manager veelal in staat is binnen twee jaar de financiële situatie weer op orde te krijgen. Er zijn instellingen die tekort komen en er zijn er die over hebben; er zijn slechte en er zijn goede managers. Maar er is nu geen enkele prikkel om geld over te houden, integendeel.

*Kunnen managers de omslag aan?*

Wat betreft de vraag van VWS of het interne management deze omslag aankan, wordt opgemerkt dat dit een 'kip-ei probleem' is: managers kunnen het nu niet, maar dat kun je ze niet kwalijk nemen. Een operatie als deze moet niet afstuiten op de overweging dat managers het (nog) niet aan kunnen. Dat leren ze namelijk heel snel. Dat is ook wel gebleken uit andere sectoren, bijv. de volwasseneneducatie: daar worden vierkante meters nu veel beter benut. Creativiteit wordt meer aangesproken en dan blijkt men vindingrijk.

Anderen zijn sceptischer: het gebrek aan kennis is een groot probleem. Op dit moment is in veel instellingen de facility manager verantwoordelijk voor het vastgoed. Bij grote bedrijven is dat een corporate real estate manager. Die is in staat de bedrijfsstrategie naar het benodigde vastgoed te vertalen. Een probleem kan zijn dat er te weinig aanbod is aan vastgoedkennis. Adviesbureaus kunnen op zo korte termijn niet voldoen aan de vraag naar kennis over dit vakgebied.

Bovendien is de vraag: voor wie biedt dit nieuwe beleid eigenlijk kansen? Het lijkt erop dat het vooral kansen biedt voor andere marktpartijen zoals beleggers, ontwikkelaars, adviseurs, etc. en dat het voor zorginstellingen alleen maar bedreigingen inhoudt. Grootste bedreigingen die te beluisteren zijn, zijn gebrek aan kennis en inzicht en het gebrek aan gevoel van urgentie.

*Hoe gaan organisaties opereren als dit stelsel vorm krijgt?*

*Zullen ze bouwprojecten nu snel uitvoeren of wachten ze en wat zijn hun overwegingen daarbij?*

Opvallend is dat er op dit moment nog verzorgingshuizen worden opgeleverd die volkomen uit de tijd zijn. Ook worden er nog veel aanvragen ingediend voor aanpassingen in de care; die aanvragen worden ook toegewezen door het departement, terwijl ze dat eigenlijk niet wil. Dat is onbegrijpelijk. Een en dezelfde overheid, die twee verschillende boodschappen afgeeft.

In de cure wordt er enerzijds volop gebouwd, anderzijds wordt er gewacht op wat het nieuwe systeem brengt. In de care is het beeld: wij kopen, gaan het maken, totdat ze de echte prijs horen, dan schrikt men terug. Het lijkt erop dat het gegeven dat er veel veranderingen over de sector worden uitgestort (nieuw zorgstelsel, WMO) tot onzekerheid en



een afwachtende houding leidt. De overgangstermijn voor het nieuwe stelsel duurt tot 2012; het traject is omgeven door allerlei achtervragen. Dat is te lang, het risico bestaat dat het te veel gaat kosten of stagneert. Een risico is ook dat er toch weer allerlei regelingen worden gemaakt om potentiële risico's af te dempen. Een hartekreet is daarom: overheid, geef zo snel mogelijk duidelijkheid.

Duidelijkheid is belangrijk. Onduidelijkheid speelt bijvoorbeeld ook bij het gebruik van de term PPS. Wat is dat nu eigenlijk? Zorginstellingen zijn private instellingen, het zijn geen staatsbedrijven zoals in het UK. Maar de financiering komt uit collectieve middelen; als een instelling voor meer dan 50% door ziekenfondsen wordt gefinancierd moet er wel aanbesteed worden. Wat zijn het nu eigenlijk?

Vraag is ook hoe het overgangstraject zodanig is in te richten dat de risico's goed te managen zijn. Het is immers ook van belang om zwakke instellingen niet zomaar te laten afsterven; ze zijn wel gefinancierd met publiek geld. Advies zou zijn: maak een zodanige overgangsregeling dat instellingen ook echt de kans krijgen financieel gezond te worden. Stel bijvoorbeeld dat minimaal 10% eigen vermogen nodig is en een bepaalde cash flow, deel dat dan in stappen in, zodat op een aantal momenten getoetst kan worden of dat lukt.

Tenslotte zijn deelnemers het erover eens dat het advies van de RVZ juist zou moeten gaan over de uitgangspunten van de kapitaallastenbrief en niet zozeer over het interne management. Dat is namelijk vragen naar de bekende weg: managers zijn hiermee niet eerder geconfronteerd, dus is het logisch dat ze het nog niet kunnen.

## **2. Debat care 17 januari 2006**

### *Deelnemers*

dhr. J. Singelenberg, SEV Realisatie  
dhr. C.M.A. van der Togt, Stichting Antaris  
dhr. J. de Visser, Thuiszorg Zuid-Gelderland  
dhr. J.A. Roëll; Stichting Cordaan  
mw. K. Fritzsche, Esdégé-Reigersdaal  
dhr. F.F.L. Vlak, Vivium Zorggroep  
dhr. F. Catau, Woningcorporatie De Woonplaats  
dhr. J. Heesters, GGE Eindhoven en de Kempen  
dhr. H.P.A. Boogaard, De Open Ankh  
dhr. H. Bosma, RVZ  
dhr. P.P.T. Jeurissen, RVZ  
mw. M.W. de Lint, RVZ  
dhr. R.T.H. de Wildt, RIGO  
mw. A. Janzen, RIGO

## Hoofdpijnen debat

### *Stelling 1*

*Ontvreemding AWBZ-middelen via afroming stille reserves is maatschappelijk onaanvaardbaar*

- Gaat over ontneming van eigendom door de overheid; is oneigenlijk, daar zou een vergoeding tegenover moeten staan
- De stelling is ook andersom te lezen: instelling die AWBZ-middelen 'ten eigen voordele' aanwendt
- In de discussienota wordt het boekwaardeprobleem ten onrechte vermengd met het eigendomsvraagstuk
- Instellingen kunnen niets met stille reserves; er wordt niet verkocht, omdat dan afgerekend moet worden
- De CTG-beleidsregel Verrekening boekwinsten moet worden afgeschaft
- Eigendomsvraagstuk niet juridisch, maar politiek oplossen, anders stagnatie (welles-nietes discussie)
- Middelen mogen de sector niet uit, maar één sluis staat wagenwijd open: winstbeogende verzekeraars
- Bij saneringsoperaties wordt vaak een op het individuele geval toegesneden oplossing gezocht (en gevonden) door het CSZ
- College wil zo hoog mogelijke prijs; soms is de instelling bereid een iets lagere prijs te accepteren in ruil voor bijv. inspraak bewoners bij gemeentelijke planvorming
- Geef instellingen de mogelijkheid z.s.m. te ontkoppelen (opting out); dat betekent dan wel dat ze zelf het boekwaardeprobleem moeten oplossen; veel instellingen zullen daarvoor kiezen; dan blijft een restgroep over, waarvoor een specifieke (op maat gesneden) oplossing moet worden gevonden.

### *Stelling 2*

*Normatieve kapitaallastcomponent creëert geen level playing field*

- De stelling is waar als de nkc op macroneutrale manier wordt vastgesteld; niet als een vervangingswaardecomponent wordt meegenomen in het tarief
- Marktwerking vereist dat de markt de prijs bepaalt. Dat is voor kapitaallasten lastig te realiseren, omdat verzekeraars niet bereid zullen zijn langjarige contracten te sluiten
- Brief biedt mogelijkheden voor scheiden wonen en zorg; probleem is infrastructuur. De kleinschaligheidsregeling is ontoereikend (erg laag), en voor extramurale zorg al helemaal niet adequaat
- Variant: stel instelling heeft 160.000 plaatsen, waarvan 120.000 met kapitaallastentarief uit de voeten kan. Dan houd je 40.000 specifieke plaatsen over, waarvoor zorginfrastructuur nodig is. Maak onderscheid naar het soort plaatsen dat een instelling heeft
- Probleem wordt niet opgelost zolang VWS en VROM niet in staat zijn over eigen domein heen te denken.

- Er zijn nog veel instellingen die graag eigendom willen houden
- Zorginfrastructuurregeling (per 1 januari 2006) gaat uit van 'leg mij uit' principe. Is niet gebaseerd op nkc. Dus ook binnen VWS geen consistente lijn
- Hartenkreet: zet tarief neer, geef snel duidelijkheid. Dan kunnen instellingen gaan rekenen, anders stagneert alles
- Er is nu al achterstand in kwaliteit van gebouwen. Onzekerheid maakt het erger
- Norm wil zeggen: daarbuiten ga je onderhandelen over het tarief. Norm moet niet overal hetzelfde zijn: 120.000 woningen met diensten/zorgcentrum; 40.000 hotelkamers. Bestaand gebouw 'ontleden'.
- Stel hoge nkc vast: contante waardeberekening daarvan. Dan bijna geen boekwaardeprobleem (maar: aanbestedingen gaan zich daarop aanpassen).

### *Stelling 3*

*Vangnetconstructies stellen het onvermijdelijke uit en passen niet in een systeem van marktwerking*

- Laat instellingen die de knop willen omzetten hun gang gaan; dan houd je een groep over; daarvoor moet een overgangsregeling getroffen worden
- Vangnet is nodig maar moet aflopen; bijv. na 1 jaar nog 90%, na 2 jaar 80% etc.
- Alleen vangnet voor onredelijke situaties
- Zwakkere sterven of worden overgenomen; laat het maar saneren. Zet druk op sanering
- Vervang generieke saneringsregeling door specifieke
- Maar dwing instellingen nooit tot afstoten onroerend goed
- Het beleid zal organisaties dwingen de rechtspersoon op te splitsen in afzonderlijke entiteiten (risicospreiding)
- Risico's van vermenging: mag nooit ten koste gaan van de klant. Dus juridisch scheiden
- Onderscheid gewoon vastgoed en heel specifiek (reeds bestaand); alleen voor het laatste is een vangnet nodig
- Eigendom van vastgoed is machtsfactor in onderhandelingen
- Anderzijds: is dat zo? Ten opzichte van wie (mogelijke concurrenten, gemeente),
- Bovendien: gaat om kwaliteit van de dienstverlening, daarop moeten instellingen concurreren.

### *Stelling 4*

*In transitiefase zullen instellingen zoveel mogelijk aanvragen indienen, trekkingsrechten opmaken etc.*

- Zal niet plaatsvinden, eerder tegendeel. Verwachting van nieuw systeem zal eerder remmende factor zijn
- Nkc zal in ieder geval lager zijn, nooit kostendekkend

- Flankerend beleid is niet geënt op extramuralisering
- Verlamming betekent dat macrogeld niet zal worden besteed
- Nkc verhogen met inzet trekkingsrechten (of alternatief aanwenden, bijv. voor oplossing boekwaardeprobleem).

#### *Stelling 5*

*Normatieve kapitaallastcomponent (nkc) creëert geen level playing field tussen bestaande en nieuwe spelers*

- Kansen zijn gelijk, maar uitgangspositie is verschillend
- Bestaande instellingen met financiële problemen hebben een nadelige uitgangspositie. Dat moeten zij zelf oplossen, tenzij oorzaak van die problemen evident voor rekening van de overheid dient te komen (aperte onbillijkheden)
- Verschil in economische macht is er en zal altijd blijven
- Nieuwe toetreders start op 0, sommige bestaande instellingen starten met een negatieve uitgangspositie
- Kans op enorme hoeveelheid toetreders: dan worden gevestigde aanbieders wakker
- Niet instellingsbelang continueren, maar belang cliënten.

#### *Stelling 6*

*Wat betekent de operatie voor toegankelijkheid, betaalbaarheid, continuïteit en kwaliteit van zorg?*

- Hoge nkc dan veel toetreders, vice versa
- Beoogd is concurrentie tussen partijen, nieuwe toetreders, dus hoge nkc?
- Waarom überhaupt normatieve component?
- Hoe zeker is het dat dit doorgaat? Duidelijke fasering is gewenst
- Vragen van VWS getuigen van groot wantrouwen
- Anderzijds; gedoogbeleid; er kan al heel veel.

#### *Conclusies*

- Zorg-vastgoed scheiden: moeten instellingen zelf weten
- Mogelijkheid tot opting out
- Helder flankerend beleid voor drop outs, anders moeilijk te verkopen; per individueel geval bekijken
- Systeem op hoofdlijnen eerst; we lopen altijd vast in de uitzonderingen, dichttimmeren etc.

### **3. Debat cure 19 januari 2006**

#### *Deelnemers*

dhr. L.M. Vos, Westfries Gasthuis

dhr. A.H. Hilbers, Isala klinieken Zwolle

dhr. G.A.M. Thiadens, Martini ziekenhuis Groningen

dhr. H. van Wijk, Alysis Zorggroep

mw. E.A.P.M. Thewessen, arts, Groene Hartziekenhuis  
dhr. F. Tas, Gelre Ziekenhuizen, Julianalokatie  
dhr. A.Ph. Waller, Kennemer Gasthuis  
dhr. M.S. Braunius, PricewaterhouseCoopers  
dhr. H. Bosma, RVZ  
dhr. H.F.A.M. Huijsmans, Deventer ziekenhuis  
mw. M.W. de Lint, RVZ  
dhr. R.T.H. de Wildt, RIGO  
mw. A. Janzen, RIGO

### **Hoofdlijnen debat**

*Opmerkingen vooraf:*

- UMC's en zbc's geen last met eigendomsrechten (deal met VWS); geen level playing field
- Instapmoment is cruciaal.

### *Stelling 1*

*Ontvreemding AWBZ-middelen via afroming stille reserves is maatschappelijk onaanvaardbaar*

- Stille reserves vastgoed in cure zijn gering, maar als je boekwinst hebt ben je die kwijt
- Eigendoms kwestie gaat in wezen om de vraag wie eigenaar is van het verschil (= een vermogensrecht)
- Gemeente heeft vaak eerste aankooprecht grond
- Beschikbaarheidsfunctie in segment A, dus duurder tarief, angst voor misbruik (kruissubsidiëring)
- Ziekenhuis X bouwt nieuw, blijft beneden normen (m<sup>2</sup>) van het bouwcollege; richt zich op bedrijfstijdverlenging. Maar: is moeilijk intern commitment (van specialisten) te verkrijgen
- Belang kapitaallasten in cure niet overschatten
- Relatie met bedden is er wel, slechts 10% B-segment (bedden is budget)
- 17 mld. gaat om in ziekenhuizen, waarvan een kwart in de UMC's
- Onduidelijk wat precies onderhandelbaar wordt
- Magazijn, keuken, laboratorium etc. waarom per se in ziekenhuis?

### *Stelling 2*

*Normatieve kapitaallastcomponent creëert geen level playing field*

- Mee eens
- Duidelijke keuze maken: of marktwerking of norm vaststellen
- Wat gebeurt er als je verkeerde beslissing neemt?  
De hulptroepen staan al klaar
- Voor beschikbaarheidsfunctie wel normatieve component
- Nkc is overgangmaatregel (knip weghalen is uiteindelijke doel)
- Mogelijkheid introduceren tot opting out (dan ook niet zeuren over vermogenstekort).

### *Stelling 3*

*Vangnetconstructies stellen het onvermijdelijke uit en passen niet in een systeem van marktwerking*

- Wel scheiden beschikbaarheidsfunctie van andere, daarvoor andere bekostigingsstructuur
- Interpretatie vangnetconstructie: verschil tussen kapitaallastenbrief en RVZ discussiestuk
- Als je net gebouwd hebt wel iets regelen, anders geen level playing field
- Vangnet leidt tot beloning wanbeheer.

### *Stelling 4*

*In transitiefase zullen instellingen zoveel mogelijk aanvragen indienen, trekkingsrechten opmaken etc.*

- Eerder het omgekeerde zal waar zijn als gevolg van onzekerheid
- Ziekenhuizen hebben altijd te weinig trekkingsrechten
- Zet ziekenhuizen ertoe aan te redeneren vanuit een andere optimaliseringsratio: efficiënter gebruik vierkante meters i.p.v. zoveel mogelijk vierkante meters
- Overheid creëert onzekerheid met te lange overgangperiode (7 jaar)
- Zijn DBC's goede kapstok voor kapitaallasten?
- Medisch specialisten: nu nog lump sum, maar hoe straks?

### *Stelling 5*

*Normatieve kapitaallastenscomponent creëert geen level playing field tussen bestaande instellingen en nieuwe toetreders*

- Ziekenhuis is nu van niemand, zou van iemand moeten zijn -> ondernemersrisico, dan vanzelf zo efficiënt mogelijk gebruik
- Liever geen stichtingen meer, maar bijv. BV; dan is ook het interne toezicht strakker/scherper
- Hoeveel ziekenhuizen mogen er failliet gaan?
- We weten eigenlijk nog niet hoe onze kosten in elkaar zitten. Anderzijds: is niet waar; ziekenhuizen weten dat heel goed, maar dat is niet wat op de rekening gezet wordt
- Aan welke producten ga je huisvestingslasten toerekenen? Hanteer bij kostentoe rekening een vergelijkbare noemer
- Belang van level playing field niet overschatten; tenzij er een weeffout in het systeem zit, en die zit er: UMC's zijn voordelig uit, geldt ook voor zbc's
- Zbc's mogen al veel meer (24 uur open, ook acute zorg, zonder bouwregime)
- Wat verwachten we van de UMC's, ze doen maar heel weinig echt academisch werk. Onderscheiden zich nauwelijks van de grote ziekenhuizen
- Level playing field komt er alleen als je of voor het een of voor het ander kiest (dus doorpakken)
- Risico: echt ondernemen betekent meer bouwen; dat creëert ook vraag.

### *Stelling 6*

*Wat betekent de operatie voor toegankelijkheid, betaalbaarheid, continuïteit en kwaliteit van zorg?*

- In het algemeen nu hoge kwaliteit gebouwen. Met een normatieve vergoeding gaat de kwaliteit naar beneden, met marktwerking omhoog
- Maar is dat wel zo: 5% budget, daar ga je niet op bekknibbelen (logistiek e.d. veel substantiëler)
- Leegstaande uren gaan teruglopen
- Bouwbeslissing is zo groot als jaaromzet ziekenhuis
- Oriëntatie op core business.

*Tenslotte: onderscheid care cure; zelfde termijn?*

- Care: geen beschikbaarheidsfunctie, dus minder complexe overstap
- Cure: groot boekwaardeprobleem, daarom liever geleidelijke overgang

## **4. Debat 'beleidsmakers' 31 januari 2006**

### *Deelnemers*

dhr. H.J. Bellers, Waarborgfonds voor de zorgsector  
dhr. G. van den Berg, College sanering zorginstellingen  
dhr. F. Bisschop, College Bouw zorginstellingen  
dhr. E. Enzin, SNS Bank NV  
dhr. W.R. den Hartog, Ernst & Young Accountants  
dhr. P.H. van Leeuwen, ING  
dhr. J.H. Lindenbergh, PricewaterhouseCoopers  
dhr. L. Mimpfen, College Bouw zorginstellingen  
dhr. S. van Norren, Fortis Bank NV  
dhr. F. Paul, College sanering zorgvoorzieningen  
mw. R. Kösters, C en E Bankers  
dhr. B. Simmelink, College tarieven gezondheidszorg/Zorgautoriteit io  
dhr. A.J.M. Strous, College sanering zorgvoorzieningen  
dhr. H.J. Verdegaal, Waarborgfonds voor de zorgsector  
dhr. H. de Wit, College tarieven gezondheidszorg/Zorgautoriteit io  
dhr. P.P.T. Jeurissen, RVZ  
dhr. P. Vos, RVZ  
dhr. R.Th.H. de Wildt, RIGO  
mw. A. Janzen, RIGO

In het begin van het debat wordt besloten om de discussie te concentreren op de combinatie van de aanwezige managementvaardigheden in de zorgsector en de beleidsvoornemens in de kapitaallastenbrief.

De deelnemers zijn het erover eens dat het 'boekwaarde' probleem een lastig en versluierd vraagstuk is met veel onduidelijkheden. Sommigen denken dat het vele miljarden bedraagt, anderen denken dat instellingen

het in beginsel zelf kunnen oplossen en dat dit probleem te groot wordt voorgesteld. De precieze omvang van het probleem zal pas zichtbaar worden als gevolg van het doorvoeren van marktwerking. Duidelijk is dat er per sector en tussen de instellingen grote verschillen bestaan. Stille reserves kunnen bovendien niet altijd even goed worden geactiveerd. Bij de boekwaardeproblematiek moet de (kans op) toekomstige positieve kasstromen worden betrokken. Ook hier zijn er weer aanzienlijke verschillen te verwachten. De aanwezigen wijzen er echter op dat deze verschillen niet allemaal moeten worden gecompenseerd. Er mag geen dictatuur van het 'level-playing field' ontstaan. Deze moet zich concentreren op concurrentiebedingen en niet op uitgangsposities.

Er wordt gewezen op het acute probleem van de verschillen tussen de zorgsector en de volkshuisvestingssector m.b.t. het jaarverslaggevingsrecht en vraagstukken rondom concernvorming. Waarderingsvraagstukken zijn oplosbaar, de meeste problemen spelen bij het toepassingsvraagstuk. Onenigheid was er of dit betekende dat vervreemding ook tegen andere prijzen dan marktwaarde mocht geschieden.

Ten aanzien van de duur van het overgangsregime is de meerderheid voor een korte overgangstermijn zonder structureel vangnet (incidenteel voor de ergste gevallen mag wel). Enkele aanwezigen delen dit niet en zien de in de kapitaallastenbrief geschetste overgangstermijn als het minimum noodzakelijke.

De aanwezigen realiseren zich dat de kennis en vaardigheden van het huidige management in veel opzichten te kort schiet. Dit mag echter geen reden zijn om de operatie niet door te zetten. Er mag in combinatie met flankerend beleid (scholing) op worden vertrouwd dat het management zich deze nieuwe taken eigen zal maken. Bovendien loopt het management ook al (beperkt) risico over de 'niet-kapitaalsuitgaven'. Ook door fusies, consolidaties en managementwisselingen zullen problematische situaties opgelost worden. Duidelijkheid naar de bestuurders is wel een voorwaarde. Deze duidelijkheid moet zich richten op het takenpakket, de juridische omgeving en de beperkte rol van de overheid. Juridisch moet er duidelijkheid komen over de omgang met eigendomsrechten. Dit is namelijk een belangrijke prikkel voor het management. De overheid moet geen zekerheden verschaffen. Door hier ferm in te zijn (ook in culturele verandering) wordt het management geprikkeld om zich zo snel mogelijk de nieuwe taak eigen te maken. Zo ontstaat duidelijkheid over de toenemende risico's.

Sommigen wijzen erop dat momenteel al een toenemende verzakelijking in de sector ontstaat. Zo moeten instellingen sinds 2006 ook een risicoanalyse in hun jaarverslag opnemen. Vastgoed krijgt daarin een prominente plaats.



Instellingen voeren in de regel publieke en private taken uit onder één rechtspersoon. De overheid zou duidelijker moeten aangeven hoe ze hier mee wil omgaan.

Belangrijk is ook dat de discussie over de kapitaallastenbrief niet een te statisch karakter krijgt dat te veel vanuit de huidige situatie wordt gevoerd. Het is belangrijk dat nieuwe toetreders een kans krijgen. Dit geldt niet alleen voor 'services', maar ook voor 'real estate'.

## **5. Workshop PwC/HEAD in het kader van advisering over verzelfstandiging van vastgoed binnen de zorgsector, 2 februari 2006**

### *Deelnemers:*

dhr. G.A. Born, ASVZ Groep  
dhr. T. Klarenbeek, ASVZ Groep  
dhr. G. van Loon, Ziekenhuis Rivierenland Tiel  
dhr. C. Thijssen, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis  
dhr. L. Aalbers, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis  
dhr. J. de Bruin, Zorggroep Noorderbreedte  
dhr. M.A.M. Castelijns, Stichting GGzE  
dhr. J.P.J.M. Heesters, Stichting GGzE  
dhr. P.P.T. Jeurissen, RVZ  
dhr. J.H. Lindenbergh, PwC  
dhr. E.J. van de Pol, PwC  
dhr. W. Meester, PwC  
dhr. J. van der Schaar

### *Inleiding vraagstelling RVZ*

Allereerst licht de RVZ toe dat er vandaag een conceptadvies is gestuurd aan de leden van de Raad en dat de deadline voor het definitieve advies 27 februari 2006 is. In het rapport zal ingegaan worden op de vastgoedproblematiek als zodanig, de gevolgen van de (mogelijke) veranderingen voor het management en de bijkomende juridische problemen (zoals eigendomsrechten).

Afgesproken wordt dat de deelnemers aan deze discussie van PwC een verslag toegezonden krijgen.

### *Presentatie vuistregels en discussie*

Na een inleiding van PwC (de heer J.H. Lindenbergh) waarin met name de vuistregels zoals PwC die heeft opgesteld worden toegelicht, start een levendige discussie. Alhoewel vooraf een aantal stellingen is voorbereid, blijkt dat er genoeg punten zijn waarover van gedachten wordt gewisseld zonder expliciet de stellingen aan te houden.

Eén van de aanwezigen vertelt al 25 jaar niet meer bezig geweest te zijn met dergelijke ratio's en kengetallen. Wel is zijn verwachting dat je er als bestuurder in de zorg in de toekomst niet meer aan zal ontkomen. Hij verwacht hiermee aan de gang te moeten gaan, maar verwacht geen grote problemen, aangezien dit met name een tijdsinvestering is.

De heer Lindenbergh geeft aan het gevoel te hebben dat de post Eigen Vermogen - alhoewel per definitie een restpost - vooral in de zorg in het verleden ook een restpost is geweest waar nauwelijks op werd gestuurd. Dit wordt inderdaad erkend, is vooral ook veroorzaakt door de overheid: instellingen die te rijk dreigden te worden werden afgeroomd. Het waarborgfonds heeft gefungeerd als soort financieel keurmerk voor de financiële situatie, wat betekent dat indirect toch wel gekeken moest worden naar de vermogenspositie, en in het bijzonder ook naar het eigen vermogen (gewenste omvang door WfZ 8%, toekomst 15%).

Een ander brengt in dat het (inderdaad) belangrijk is te kijken naar de basis van de financiële situatie. Ratio's zijn daar een instrument voor, maar kennen ook hun beperkingen. Via verplichte waarderingen en afschrijvingen van het onroerend goed in de verslaglegging (jaarrekeningen) worden de ratio's sterk beïnvloed. Dit maakt de beoordeling door een bank moeilijker en minder transparant.

Het grote verschil met het bedrijfsleven is dat zorginstellingen niet streven naar het maken van winst, en ook niet naar Return on Invested Capital (ROIC) of iets dergelijks. Bovendien is er een groot aantal factoren die zorginstellingen niet zelf in de hand hebben. De grote afhankelijkheid van met name beleidsbeslissingen van de overheid zorgen ervoor dat je als bestuurder van een zorginstelling eigenlijk niet verder kunt kijken dan 1,5 jaar. Dit is een spanningsveld tussen twee werelden, enerzijds de 'marktwereld', anderzijds de 'niet-markt wereld'.

Toch kun je wel enigszins de afhankelijkheid van zaken die je niet kunt beïnvloeden meenemen in je kapitaal investeringsbeslissingen, wordt geopperd. Je dient dit te beschouwen als een risicofactor, wat dus betekent dat je een grotere risicofactor dient in te bouwen. De overheid zelf, die enerzijds algemene regels stelt maar anderzijds op allerlei incidenten reageert, wordt als één van de grootste risicofactoren genoemd.

De restwaardeproblematiek is essentieel. Dit houdt in dat je in de zorg een kortere horizon moet hanteren. Het is niet goed mogelijk om 40 jaar vooruit te kijken. Na ca. 20 jaar zijn vervolg- en vervangingsinvesteringen aan de orde waarbij opnieuw vooruit gekeken moet worden.

Maar dit betekent volgens een ander dat als de bank inderdaad puur rekening houdt met de restwaarde, in geval van een ziekenhuis (wat

eigenlijk geen ander bestemmingsmogelijkheid heeft) de restwaarde dermate laag wordt dat moet worden gevreesd voor flink duurdere zorg.

Een nuance die dan wordt aangebracht is dat je eigenlijk, luisterend naar de voornoemde problematiek van een ziekenhuis, niet kunt spreken van de gezondheidszorg. Er bestaan veel verschillende subsectoren, zoals ziekenhuiszorg, ggz, gehandicaptenzorg, thuiszorg en verpleging en verzorging. Er zou toch enige differentiatie moeten worden gemaakt tussen deze disciplines. In het PwC-stuk wordt deze differentiatie beperkt gemaakt.

De berekeningen van PwC, zo beweert een van de aanwezigen, vallen of staan met de boekwaarde (of de marktwaarde) wat kan leiden tot kromme situaties. Bijvoorbeeld een zorgaanbieder met een kwalitatief slecht bezit aan vastgoed (ervan uitgaande dat dit komt door beperkte investeringen), en een (relatief) gunstige ROIC, wordt door de bank positiever beoordeeld dan een zorgaanbieder met een uitstekende (maar dure) huisvesting, als gevolg waarvan de ROIC ongunstiger is.

Een oplossing waar één van de aanwezigen voor heeft gekozen, is te kijken naar meerdere manieren voor de bouw van het vastgoed. Als voorbeeld werd genoemd de afweging tussen een verpleeghuis aan het ziekenhuis te bouwen of aan de overkant als een soort hotelfunctie. Dit zou immers onder andere betekenen dat je het verzorgingstehuis (later) ook op een andere manier zou kunnen inzetten (alternatieve aanwendbaarheid). Geldt ook voor de kantoorfuncties binnen een algemeen ziekenhuis. Ook de financiering is op die manier vanuit de bouw beoordeeld: wil de aannemer of een woningbouwvereniging niet meedoen als financier?

Eén van de aanwezigen juicht in dit verband de verhoging van het eigen risico en de afname van het bouwregime toe. Bouwplannen zijn als gevolg van de februaribrief aanzienlijk aangepast. De bedrijfswaardebenadering botst nog wel met de zorg. De kwaliteit daarvan staat primair, huisvesting is daaraan ondersteunend. Geld besparen op zorg betekent dat het in veel gevallen ten koste gaat van de kwaliteit. Toch hoeft het één het ander niet uit te sluiten, wordt door een ander gemeend. Het gaat om de positionering van zorg (hoe bepaal je de juiste en meest optimale locatie, met als voorbeeld de ZBC's). Dit heeft grote gevolgen voor vastgoedkeuzes.

Een valkuil die een van de aanwezigen ziet is het feit dat het personeel ook mobiel moet worden als locaties van zorgaanbieders wijzigen. Het personeel is nu gewend jaren achtereen naar dezelfde locatie te komen, en zal dan naar verschillende locaties moeten komen. Dit vergt flexibiliteit en dit betekent dat ook het personeel de 'marktgedachte' moet krijgen.

Een ander gezichtspunt dat naar voren wordt gebracht is dat het niet primair om de verhouding op de balans gaat (verhouding eigen vermogen/vreemd vermogen), maar dat je een buffer moet hebben in je exploitatie. Samenhang in kwaliteit van de investering en de exploitatiegevolgen (energiezuinig en onderhoudsvriendelijk) worden belangrijker. Een probleem is de actueel te lage solvabiliteit. Het is noodzakelijk geld aan zorg te onttrekken om eigen vermogen te 'kweken', zodat dit kan worden 'gebruikt' om in de bouw te stoppen. Daar wordt tegenin gebracht dat een andere benadering zou kunnen zijn dat vastgoed rendeert, in plaats van dat vastgoed primair een kostenpost is.

Zelfstandig renderen van vastgoed betekent dat:

- een bepaald vastgoed energiezuinig kan zijn (techniek), onderhoudsvriendelijk kan zijn (techniek), flexibel gebouwd zou kunnen zijn (functioneel snel aan te passen),
- patiënt- en goederenlogistiek besparingen zouden kunnen opleveren,
- onrendabele onderbezette meters extern verhuurd kunnen worden (nu door de regelgeving ontmoedigd).

Feit blijft echter volgens een van de aanwezigen, ook al is het uitgangspunt dat vastgoed rendeert, dat er moeilijk in te schatten risico's blijven, zoals met name beleidsbeslissingen (de overheid als genoemd) en de technologische ontwikkelingen (steeds meer zorgvormen buiten de intramurale kliniek). Deze risico's zullen gevolgen hebben voor de keuze voor een bepaald vastgoed.

Een ander geeft aan dat het gaat om de vraag welke risico's er zijn en vooral waar die komen te liggen. Je moet oppassen dat niet het risico bij jou (de zorgaanbieder) komt te liggen en anderen er met de winst vandoor gaan. De rol van de overheid is dan cruciaal: een korte transitieperiode en een vangnet voor de echte schadegevallen, per geval objectief door de overheid te beoordelen. Beperk het aantal uitzonderingsposities, immers daarmee beperk je ook de 'grensbewaking' en houd je de materie beter in control. Overigens mogen de instellingen, zoals de zaken er nu voor staan, zelf bepalen in welk tempo men de veranderingen in de kapitaallastbepostingssystematiek voor zichzelf van toepassing wenst te verklaren.

Eigendom is cruciaal. Met name algemene ziekenhuizen zullen als gebruiker nooit afhankelijk willen zijn van een verhuurder zo stelt één van de aanwezigen. Verder speelt vooral bij de ziekenhuizen de beschikbaarheidscomponent: de brandweervunctie vereist overcapaciteit om calamiteiten op te kunnen vangen. Dit leidt tot legitieme hogere lasten in het eindproduct.

Een opmerking over de hoogte van de ROIC: een ROIC van 5% is volgens één van de aanwezigen veel te laag. In de woningbouwsector geldt een ROIC van circa 6 á 6,5% en het risico in deze sector is lager dan in de zorgsector. Dit betekent dat de ROIC in ieder geval hoger moet liggen. Daarbij zal onderscheid moeten worden gemaakt naar subsector: intramurale ouderenzorg bijvoorbeeld minder risico's (bezetting, alternatief aanwendbaar) dan high tech ziekenhuizen.

Een mogelijke onderbezetting in een ziekenhuis is een risico dat wordt doorberekend in de kostprijs, waardoor zorg duurder wordt. Een ander geeft aan dat hier ook juist een kans ligt. Een ziekenhuis kent relatief veel vaste kosten dus een kleine bezettingsverbetering leidt direct tot overdekking op de vaste kosten. Als overcapaciteit op een andere manier kan worden ingevuld, kun je je concurrentiepositie verbeteren.

Wat betreft de vuistregels van PwC wordt opgemerkt dat wat betreft de vaardigheden en competenties omtrent de vuistregels men er wel uit komt. Echter ook in het primaire proces moet een cultuuromslag teweeg worden gebracht (dus buiten de kamer van de economen en huisvestingsmedewerkers).

Ook wordt opgemerkt dat in de 'care-wereld' vaak de gedachte heerst dat de cure-instellingen beter voorbereid zijn op deze ontwikkeling, omdat dit vaak instellingen zijn die worden geleid door meer professioneel ingestelde managers. Dit zou echter in de praktijk wel eens omgekeerd het geval kunnen zijn. Een ziekenhuis is immers complexer en veelal groter, met bovendien 'lastige' medisch specialisten. Een indicatie hiervoor is dat in het buitenland (waar meer sprake is van 'commerciële zorg') meer ontwikkelingen hebben plaatsgevonden in de care-sector dan in de cure-sector.

#### *Afsluiting*

Overheid, doe het snel en zorgvuldig, met veel aandacht voor individuele nazorg in plaats van twee of drie generieke systemen langdurig in de lucht te laten!



## Bijlage 3

### Financiering van kapitaal

Zorginstellingen zijn van oudsher gefinancierd met een mix van verzekeringsgelden, eigen bijdragen en overheidsvergoedingen. Voor zover dit niet voldoende was om het benodigde kapitaal op te brengen, vond er meestal aanvullende financiering plaats vanuit het particulier initiatief (donaties en verkoop overbodige bezittingen) en de lokale en provinciale overheden. Investeringsen werden vaak in één keer betaald (à fonds perdu). Dit systeem begon na de Tweede Wereldoorlog te kralen als gevolg van achterstallige investeringen, groeiende vraag naar zorg en snel toenemende kosten van investeringen.

Het gevolg was dat de rijksoverheid de financiering van de investeringen meer en meer begon te reguleren. De instellingen konden aanvankelijk de stringente afschrijvings- en rentebepalingen nog opvangen door positieve bezettingsresultaten; een gevolg van de sterk stijgende productie na de komst van het Ziekenfondsenbesluit (1941), maar dit loste het probleem niet duurzaam op. In 1958 mochten instellingen de kapitaallasten op basis van de werkelijke historische kosten in hun tarief opnemen. Indien ze hiervoor een beroep moesten doen op vreemd vermogen, stond de rijksoverheid garant. Integrale kapitaallententarieven op basis van vervangingswaarde werden zowel onmogelijk als onwenselijk geacht<sup>1</sup>.

De Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) hebben we te danken aan de bouwexplosie die volgde op de gunstige voorwaarden waaronder de instellingen nu hun investeringen konden financieren. Planning en regulering waren de antwoorden op de opgeroepen vraag naar kapitaal. Dit systeem bleek uiteindelijk echter onvoldoende effectief en de investeringsruimte werd begrensd met een budgettair plafond, overigens zonder wettelijke basis. Het hierdoor ontstane gejuridiseerde mengsel van planning en budgettering kennen we als aanbodregulering. Het heeft wettelijke pendanten in de planning van voorzieningen (WZV), de bekostiging daarvan (WTG) en de uiteindelijke financiering door sociale ziektekostenverzekeringen (AWBZ en ZFW). Planning (WZV) en bekostiging (WTG) van bouw vielen onder verschillende wetten waardoor een goed afstemmingsmechanisme noodzakelijk was.

Sinds het einde van de jaren tachtig kiest de overheid ervoor om de markt geleidelijk weer meer ruimte te geven. De liberalisering van de kapitaallasten liep in dit beleid niet voorop, maar instellingen hebben wel geleidelijk meer mogelijkheden gekregen. De beleidsvoornemens van de overheid zijn dan ook als de voltooiing van een sinds lange tijd

ingezet beleid te zien. Bekende voorbeelden van eerdere maatregelen zijn: de budgettering van apparatuur en inventaris, de rentenormering, de meldingsregeling voor kleinschalige bouw en de komst van trekkingsrechten voor de instandhoudingsbouw. Instellingen zijn dus al gewend aan financieel risico voor een deel van de kapitaallasten.

#### Noot

<sup>1</sup> De mogelijkheid om individuele ziekenhuizen een normatief kapitaalstarief te laten berekenen waarbij men kon anticiperen op toekomstige uitgavenstijgingen werd door Groot onwenselijk geacht. Hij vond dat dit op gespannen voet stond met het beginsel van een efficiënte kostprijscalculatie, want:

“Indien men de premie der vooruitgang (*kostencalculatie op basis van vervangingswaarde*) aan de ziekenhuizen zelf laat toevallen en de inkomsten een basis vormen voor de handhaving van de relatieve positie van het afzonderlijke ziekenhuis, bestaat het gevaar, dat een andere doelstelling van het tarief, nl. de grondslag voor het redelijk gevoerde beleid, doorkruist wordt. Kostprijscalculatie als basis voor efficiënt beheer vereist een exactheid, welke ten enenmale ontbreekt bij een kostenberekening welke de continuïteit van het bedrijf wil dienen. (...) Calculatie der vooruitgang in de tarieven kan zelfs ook de doelstelling van de prijsvorming nl. kader voor efficiënt beheer frustreren, omdat het ziekenhuis in bezit komt van liquiditeiten, welke voor allerlei doelen aangewend kunnen worden, indien geen bijzondere maatregelen genomen worden”.

Hij was daarbij vooral bang dat instellingen de opgebouwde liquiditeiten zouden benutten om verliezen als gevolg van slecht management af te dekken. De overheid zou dan alsnog extra middelen moeten investeren, want Groot zag het faillissement van een slecht geleide zorginstelling noch als een reële, noch als een wenselijke oplossing.

“Het is zeer de vraag, of het gewent is ondoelmatig beleid in de ziekenhuiswereld op dezelfde wijze te corrigeren, als zulks geschiedt in de ondernemingsgewijze productie. De aard van het ziekenhuis, de plaats van het ziekenhuis in het maatschappelijk bestel, het belang van de patiënt verzetten zich tegen een correctief dat eerst bij manifest wanbeheer tot een ondergang van het ziekenhuis leidt. Men dient maatregelen te treffen om wanbeheer zo spoedig mogelijk te signaleren en te corrigeren” (Groot, 1960).

Men was blijkbaar bang voor de gevolgen van ‘overmatige liquiditeit’. Geen integrale kapitaalslastentarieven dus in 1960.



## Bijlage 4

### Gewenste vermogensgroei van zorginstellingen bij verschillende uitgangssituaties

Tabel 1 Normale instelling met 8% eigen vermogen

*Uitgangspunten:*

- Solvabiliteit ultimo 2005 (eigen vermogen/omzet in %) is: 8.
- Gewenste solvabiliteit in % (conform uitgangspunt Wfz) is: 15.
- Te bereiken uiterlijk eind 2012 (conform februaribrief) vennootschapsbelastingdruk in % belastbare winst is: 0.

jaar	omzet	jaar-ultimo	Eigen vermogen		vpb afdracht	groei in euro's bruto	groei in % van omzet bruto
			in % omzet	in euro's groei netto			
2006	100	9,00	9%	1,00	0,00	1,00	1,00
2007	107	10,70	10%	1,70	0,00	1,70	1,59
2008	114	12,59	11%	1,89	0,00	1,89	1,65
2009	123	14,70	12%	2,11	0,00	2,11	1,72
2010	131	17,04	13%	2,34	0,00	2,34	1,79
2011	140	19,64	14%	2,60	0,00	2,60	1,85
2012	150	22,51	15%	2,88	0,00	2,88	1,92

Bron: PricewaterhouseCoopers (bewerking RVZ)

*Conclusie:*

Als instelling op eigen kracht onder gegeven uitgangspunten solvabiliteit wil verbeteren dan moet zij een operationele marge realiseren die oploopt tot 1,92% van de omzet (operationele marge is bruto winst voor belastingen en na rente). Bij 20% eigen vermogen geldt al een reeks die oploopt tot 2,91%.

Tabel 2 Instelling met laag eigen vermogen (5%)

*Uitgangspunten:*

- solvabiliteit ultimo 2005 (eigen vermogen/omzet in %) is: 5
- gewenste solvabiliteit in % (conform uitgangspunt Wfz) is: 20
- te bereiken uiterlijk eind 2012 (conform februaribrief) vennootschapsbelastingdruk in % belastbare winst is: 0

jaar	omzet	jaar-ultimo	Eigen vermogen		vpb afdracht	groei in euro's bruto	groei in % van omzet bruto
			in % omzet	in euro's groei netto			
2006	100	7,14	7%	2,14	0,00	2,14	2,14
2007	107	9,94	9%	2,79	0,00	2,79	2,61
2008	114	13,08	11%	3,15	0,00	3,15	2,75
2009	123	16,63	14%	3,54	0,00	3,54	2,89
2010	131	20,60	16%	3,97	0,00	3,97	3,03
2011	140	25,05	18%	4,45	0,00	4,45	3,17
2012	150	30,01	20%	4,97	0,00	4,97	3,31

Bron: PricewaterhouseCoopers (bewerking RVZ)

*Conclusie:*

Als instelling op eigen kracht onder gegeven uitgangspunten solvabiliteit wil verbeteren dan moet zij een operationele marge realiseren die oploopt tot 2,32% van de omzet (operationele marge is bruto winst voor belastingen en na rente). Bij 20% eigen vermogen is dit 3,31%.

**Tabel 3 Instelling met hoog eigen vermogen (11%)**

*Uitgangspunten:*

- solvabiliteit ultimo 2005 (eigen vermogen/omzet in %) is: 11
- gewenste solvabiliteit in % (conform uitgangspunt Wfz) is: 15
- te bereiken uiterlijk eind 2012 (conform februaribrief)  
vennootschapsbelastingdruk in % belastbare winst is: 0

jaar	omzet	Eigen vermogen			vpb afdracht	groei in euro's bruto	groei in % van omzet bruto
		jaar- ultimo	in % omzet	in euro's groei netto			
2006	100	11,57	12%	0,57	0,00	0,57	0,57
2007	107	12,99	12%	1,42	0,00	1,42	1,33
2008	114	14,56	13%	1,56	0,00	1,56	1,37
2009	123	16,28	13%	1,72	0,00	1,72	1,40
2010	131	18,16	14%	1,89	0,00	1,89	1,44
2011	140	20,24	14%	2,07	0,00	2,07	1,48
2012	150	22,51	15%	2,27	0,00	2,27	1,52

Bron: PricewaterhouseCoopers (bewerking RVZ)

*Conclusie:*

Als instelling op eigen kracht onder gegeven uitgangspunten solvabiliteit wil verbeteren dan moet zij een operationele marge realiseren die oploopt tot 1,52% van de omzet (operationele marge is bruto winst voor belastingen en na rente). Bij 20% eigen vermogen loopt de reeks op tot 2,51%.

Er is gerekend met een ontwikkeling volume BBP van 4% en prijs van 3%.

## Bijlage 5

### Checklist consequenties van het liberaliseren van kapitaallasten; vastgoedbeleid en beheer zorginstellingen

#### Het toezicht op het bestuur

- Is de raad geïnformeerd over de kapitaallastenbrief van februari 2005?
- Is de raad op de hoogte van het voornemen van de overheid om nieuwbouw en investeringen te liberaliseren en daarmee vastgoedbeslissingen met hun gevolgen voor het kapitaal en de exploitatie van een zorginstelling onderdeel te maken van de prijs van zorgprestaties?
- Volgt de raad deze ontwikkelingen?
- Vraagt de raad het bestuur zorg te dragen voor een tijdige informatievoorziening inzake de ontwikkeling van de liberalisering?
- Vraagt de raad het bestuur om vroegtijdig de toekomstige aspecten en gevolgen in kaart te brengen?
- Realiseert de raad zich dat het liberaliseren van nieuwbouw en investeringen meer (ondernemende) mogelijkheden maar ook een toename van het risico inzake het financiële beleid en beheer met zich meebrengt?
- Agendeert de raad aspecten en gevolgen van de liberalisering, zoals:
  - het anders omgaan met een financieel resultaat (vroeger “afgestemd” op wet en regelgeving, in de toekomst als facet van het ondernemend beleid),
  - overzicht van in huis relevante aanwezige kennis en kunde,
  - het verantwoordelijk worden voor bezettingsverschillen,
  - de financiering van het benodigde kapitaal,
  - het rendement op kapitaal,
  - de veranderingen in de kapitaalsbehoefte,
  - het aantrekken van kapitaal op kapitaalsmarkten en
  - het marktgerichte balansbeheer?
- Gaat de raad na welke additionele competenties op het niveau van het bestuur aan de orde komen bij het liberaliseren van nieuwbouw en investeringen?
- Heeft de raad een beeld van de aanwezige competenties, onder andere van het strategisch vermogen van bestuur en management op het gebied van geliberaliseerde nieuwbouw en investeringen of vastgoedbeleid?

- Vraagt de raad het bestuur na te gaan wat de gevolgen zijn van de liberalisering op terreinen als:
  - kennis en kunde van het management onder het bestuur,
  - de financiële afdeling / boekhouding,
  - ICT en
  - de interne informatievoorziening?
- Heeft de raad het bestuur gevraagd de gevolgen van het liberaliseren van nieuwbouw en investeringen in kaart te brengen, wat betreft:
  - de te stellen doeleinden en te bereiken resultaten?
  - het daaraan verbonden risico?
  - het opzetten en het reguleren van een treasurybeleid?
  - het beheer van de kapitaalgoederen?
  - de daarvoor benodigde kennis en mankracht?
  - de inventarisatie dan wel het bevorderen van kennis en kunde ten aanzien van:
    - het strategisch vastgoedbeleid of de planning,
    - de basis of vuistregels,
    - het trackrecord en de betrouwbaarheid van de financiële prestaties,
    - het balansbeheer,
    - het solvabiliteitbeheer (sturen van marges) en liquiditeitsbeheer inclusief bijbehorende begrotingen,
    - de investeringsselectie,
    - de keuze van bancaire relaties,
    - de waardebepaling van bezit,
    - het beheer van (werk)kapitaal ook wel treasury genoemd en
    - het sturen van de bezetting
  - de in te huren adequate financiële expertise.
- Ziet de raad toe op de verantwoording van het bestuur van:
  - de kapitaallasten en de wijzigingen daarin?
  - de doelstelling(en) van het beleid inzake het vastgoed en van het vastgoedbeheer?
  - de doelstelling van het vermogensbeheer?
  - het gevoerde treasurybeleid / vermogensbeheer?
  - de juridische vormgeving van het vastgoedbeheer:
    - eigendom,
    - huur,
    - in samenwerking met derden,
    - in concernverband of
    - in een aparte rechtspersoon.
- Denkt de raad mee over:
  - de doelstelling(en) van het beleid inzake het vastgoed en van het vastgoedbeheer?
  - de doelstelling(en) van het vermogensbeheer?

### **De Raad van Toezicht zelf**

Gaat de raad na welke additionele competenties het gevolg zijn van het liberaliseren van nieuwbouw en investeringen op het niveau van het bestuur?

- Is in de raad voldoende ervaring, kennis en inzicht aanwezig om de verantwoording van het bestuur op het gebied van geliberaliseerde nieuwbouw en investeringen te kunnen beoordelen?
- Is de raad op de hoogte van in de samenleving, de bancaire wereld en de accountancy gebruikelijke basis of vuistregels voor kapitaalsverschaffing, financieel beleid en beheer (corporate finance)?
- Wordt het profiel van de raad bijgesteld als gevolg van het liberaliseren van nieuwbouw en investeringen?
- Is in het profiel van de raad ervaring, inzicht en kennis dienaangaande opgenomen?
- Wordt bij de planning van de bevordering van bekwaamheid of van de deskundigheidsbevordering aandacht geschonken aan het toezicht op de geliberaliseerde nieuwbouw en investeringen?



## Bijlage 6

### Lijst van afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CBZ	College bouw zorginstellingen
CSZ	College sanering zorginstellingen
CTG/Zaio	College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o.
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
ggz	geestelijke gezondheidszorg
HBO	hoger beroepsonderwijs
HFMA	Healthcare Financial Management Association
ICT	Informatie- en Communicatietechnologie
nkc	normatieve kapitaallastcomponent
NS	Nederlandse Spoorwegen
PPS	Publiek-Private Samenwerking
PwC	PricewaterhouseCoopers
RIAGG	Regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg
RIBW	Regionale instellingen voor begeleid wonen
ROIC	Return on Invested Capital
RvB	Raad van Bestuur
RvT	Raad van Toezicht
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
TK	Tweede Kamer
UK	United Kingdom
UMC	Universitair Medisch Centrum
USA	United States of America
VRM	ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu
VWS	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wfz	Waarborgfonds zorgsector
WMO	Wet maatschappelijke ondersteuning
WTG	Wet tarieven gezondheidszorg
WTZi	Wet toelating zorginstellingen
WZV	Wet ziekenhuisvoorzieningen
ZBC	Zelfstandig Behandelcentrum
ZFW	Ziekenfondswet
ZVW	Zorgverzekeringswet





## Bijlage 7

### Literatuur

- Alles, M., et al. Vastgoed op eigen benen: verzelfstandiging van de exploitatie van het vastgoed in de zorgsector (rapport iov IWZ). Amsterdam: RIGO Research en Advies BV, 2002.
- Arcares, GGZ Nederland, LVT, NVZ, VGN. Brief aan de leden van de vaste commissie voor VWS van de Tweede Kamer over eigendom van zorginstellingen/transparante tarieven in de gezondheidszorg, 6 september 2005.
- Arcares, GGZ Nederland, LVT, NVZ, VGN. Zorgbrede Governancecode, Utrecht: 2005.
- Atun, R.A. en M. McKee. Is the private finance initiative dead? *BMJ*, 2005, 331. 792-793.
- Bartman, S.M. en A.F.M. Dorresteyn. Van het concern. Vijfde druk. Deventer: Kluwer, 2003.
- Bellers, H.J. Structuur en werkwijze Waarborgfonds voor de zorgsector. *SFB 63/PRZ*, p. III 1.4-1-21.
- Breemer ter Stege, C. De zorgboulevard: chemotherapie en funschopping. *ZM*, 2005, no. 10., p. 12-14.
- Carlson, D.A. Jr. Cath the eye of the capital markets. *HFM*, mei 2005.
- College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen. Circulaire eigendomsverhoudingen. *Staatscourant*, 2003, nr. 70, p. 18.
- College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen. Monitoring gebouwkwaliteit in de Verpleging en Verzorging 2005; + Overzicht scores naar instelling of rechtspersoon. Utrecht: CBZ: 2005.
- College Sanering en Bouwcollege. Circulaire wijzigen eigendomsverhoudingen en afstoten onroerende zaken. *Staatscourant*, 2004, nr. 126, p. 18.
- College Sanering Ziekenhuisvoorzieningen. Onroerende zaken, juli 2005.

College Sanering Ziekenhuisvoorzieningen. Toetsingskader onroerende zaken, juli 2005.

College Tarieven Gezondheidszorg Zorgautoriteit io. Beleidsregel verrekening boekwinsten bij verkoop. Utrecht: CTG/Zaoi, 2004.

College Tarieven Gezondheidszorg Zorgautoriteit io. Beleidsregel aanvullende inkomsten zorginstellingen. Utrecht: CTG/Zaoi, 2004.

College Tarieven Gezondheidszorg Zorgautoriteit io. Beleidsregel steunverlening aan instellingen met financiële problemen. Utrecht: CTG/Zaoi, 2004.

Conijn, J. en K. Domen. Vastgoed uit de zorg (ioV VWS). Amsterdam: RIGO Research en Advies BV, 2005.

Ernst & Young. Health sciences. Meer aandacht voor corporate governance bij zorginstellingen: ziekenhuizen volgen trend bedrijfsleven.

Ernst & Young. Health sciences. Corporate governance bij ziekenhuizen – meting 2005: een periodiek onderzoek naar de status van corporate governance bij ziekenhuizen.

Ernst & Young. Health sciences. Is de planning- en controlcyclus voldoende ingericht op de introductie van marktwerking en DBC's in de gezondheidszorg: enquêteresultaten. September, 2005.

Ernst&Young. Health sciences. Meer aandacht voor corporate governance bij ziekenhuizen: een periodiek onderzoek naar de status van corporate governance bij Nederlandse ziekenhuizen. November, 2004.

Gerritsen, E. en C. Sterks (red.) Omvang en betekenis van reserves bij publieke instellingen: bedrijfsvoering bij de overheid en de non-profitsector. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2005.

Groot, L.M.J. Prijsvorming van Ziekenhuisdiensten. Roermond: 1960.

Gupta Strategists. The Pied Piper of Hamelin. Wich tunes are Dutch hospitals playing? Study of major developments in markets, operations and finances of Dutch hospitals 2003-2004.

Hendriks, R.W.F. De stichting in concernverband: enkele privaatrechtelijke en fiscaalrechtelijke beschouwingen. Tjeenk Willink, 1994.

HFMA/GE Healthcare Financial Services. Financing the fu-ture Report 1. How Are hospitals financing the future? Access tot capital in health care today. Westchester: HFMA/GE, 2003.

HFMA/GE Healthcare Financial Services. Financing the fu-ture Report 2. How Are hospitals financing the future? Capital spending in health care today. Westchester: HFMA/GE, 2004.

HFMA/GE Healthcare Financial Services. Financing the fu-ture Report 3. How Are hospitals financing the future? The future of capital spending. Westchester: HFMA/GE, 2004.

HFMA/GE Healthcare Financial Services. Financing the fu-ture Report 4. How Are hospitals financing the future? The future of capital access. Westchester: HFMA/GE, 2004.

Hoek, H. Concerns in de gezondheidszorg (2). ZM Magazine, 1998, nr. 4.

Meersma, K.D. Notitie inzake de nota Transparantie en integrale tarieven in de gezondheidszorg ten behoeve van VGN, Arcares, V&V, NVZ, GGZ Nederland en LVT.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Beleidsvisie Wet toelating zorginstellingen (WTZi), versie 3 juni 2005.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Besluit houdende uitvoering van enige bepalingen van de Wet toelating zorginstellingen (Uitvoeringsbesluit WTZi) (concept). Den Haag: VWS, 2004.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal over brieven NVZ en AWBZ-brancheorganisaties over transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg, 11 september 2005.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief aan de voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal. Vragen WTZi, kenmerk DBO-CB-U-2623500.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal over Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg. Tweede Kamer der Staten-Generaal, Nr. 27659-54.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief aan de voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal over antwoorden op vragen van de Eerste Kamer over integrale tarieven in de zorg, 30 september 2005.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief minister aan de Koningin: nader rapport inzake het ontwerp van een algemene maatregel van bestuur, houdende uitvoering van enige bepalingen van de Wet toelating zorginstellingen (Uitvoeringsbesluit WTZi). Den Haag, VWS, 2004.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief van de minister aan alle besturen van inrichtingen voor gezondheidszorg als bedoeld in art. 1, eerste lid, onder c van de Wet ziekenhuisvoorzieningen: bekendmaking van beleid inzake eigendomsverhoudingen binnen de gezondheidszorg in Nederland.

Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer. Besluit beheer socialehuursector van 9 oktober 1992.

Nationaal Ziekenhuisinstituut. Financiële statistiek 1971: psychiatrische ziekenhuizen, 1972.

Nationaal Ziekenhuisinstituut. Financiële statistiek 1971: verpleegtehuizen, 1972.

Nationaal Ziekenhuisinstituut. Financiële statistiek 1971: ziekenhuizen, 1972.

Nationaal Ziekenhuisinstituut. Financiële statistiek 1980 in de instellingen van intramurale gezondheidszorg, enkele uitkomsten, 1981.

Nationaal Ziekenhuisinstituut. Financiële statistiek 1987: psychiatrische ziekenhuizen, landelijke tabellen, 1987.

Nationaal Ziekenhuisinstituut. Financiële statistiek 1987: verpleeghuizen voor somatisch-zieken, landelijke tabellen, 1987.

Nationaal Ziekenhuisinstituut. Financiële statistiek 1987: zwakzinnigeninrichtingen, landelijke tabellen, 1987.

Neele, J. et al. Vastgoed van verzorgingshuizen en verpleeghuizen: een landelijk beeld van het boekwaardeprobleem (ioV VWS) Amsterdam: RIGO Research en Advies BV, 2002.

NVZ vereniging van ziekenhuizen. Brief aan de leden van de vaste commissie voor VWS van de Tweede Kamer over transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg.

RebelGroup/Zorgconsult. Pps: de weg voorwaarts voor GHZ? Onderzoek in opdracht van het Groene Hart Ziekenhuis. Gouda: Groene Hart Ziekenhuis.

RIGO Research en Advies BV. Vastgoed uit de zorg. In opdracht van VWS. Amsterdam: RIGO, 2005.

Robinson, J.C. Capital Finance and Ownership Conversions In Health Care. Health Affairs, 19, 2000, no. 1, p. 56-71.

Ru, H.J. de, J.L. Burggraaf en L.A.J. Spaans. De maatschappelijke onderneming. Den Haag: Boom Juridische uitgevers, 2005.

Samenwerking Havenziekenhuis en Erasmus MC van start; persbericht 30 augustus 2005, Erasmus MC.

Schilfgaarde, P. van. Van de BV en de NV. Negende druk. Arnhem: Gouda Quint BV, 1992.

Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden. Besluit van 29 februari 2000, houdende regels inzake de financiële gevolgen van sanering van instellingen voor gezondheidszorg (Besluit sanering instellingen voor gezondheidszorg). Staatsblad 2000, nr. 124.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Wet toelating zorginstellingen. Den Haag, SDU, vergaderjaar 2000-2006. Nr. 27659.

Vereniging Nederlandse Gemeenten. Brief aan de Vaste Commissie voor VROM; standpunt Europese commissie inzake sociale verhuur. Den Haag: VNG, 2005.

VWS Regeling jaarverslaggeving zorginstellingen. Staatscourant 1999, nr. 246 p. 12.

VWS Verschaffen van informatie inzake eigendomsverhoudingen binnen de gezondheidszorg in Nederland. Staatscourant, 1999, nr. 67, p. 19.

VWS Wijziging regeling jaarverslaggeving zorginstellingen. Staatscourant 2003, nr. 126, p. 15.

Waarborgfonds voor de zorgsector. Jaarverslag 2000. Utrecht: Wfz, 2001.

Waarborgfonds voor de zorgsector. Jaarverslag 2002. Utrecht: Wfz, 2003.

Waarborgfonds voor de zorgsector. Jaarverslag 2004. Utrecht: Wfz, 2005.

Woonzorg Nederland. Brief aan de minister van VWS met commentaar op de 'februaribrief' inzake wijziging van de financiering van intramuraal verblijf en Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi 27657).

Zorgconsult Nederland. Langs de meetlat 2005; Raden van toezicht in de zorg. Lezing Th.P.M. Schraven, NVTZ, 2006.

## Overzicht publicaties RVZ

De adviezen zijn te bestellen en/of te downloaden op de website van de RVZ ([www.rvz.net](http://www.rvz.net)). Tevens kunt u de adviezen telefonisch aanvragen bij de RVZ (079 3 68 73 11). De publicaties van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid zijn alleen telefonisch te bestellen.

### Adviezen en achtergrondstudies

06/04	Strategisch vastgoedbeheer in de zorgsector: economische en juridische aspecten (achtergrondstudie bij het advies Management van vastgoed in de zorgsector)	€	15,00
06/03	Dossier management van vastgoed in de zorgsector (achtergrondstudie bij het advies Management van vastgoed in de zorgsector)	€	15,00
06/02	Management van vastgoed in de zorgsector	€	15,00
06/01	Briefadvies Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg		gratis
05/15	Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief	€	15,00
05/14	De AWBZ internationaal bekeken: langdurige zorg in het buitenland (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)	€	15,00
05/13	Informele zorg: het aandeel van mantelzorgers en vrijwilligers in de langdurige zorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)	€	15,00
05/12	Achtergronden voor internationale vergelijkingen van langdurige zorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)	€	15,00
05/11	Blijvende zorg: economische aspecten van langdurige ouderenzorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)	€	15,00
05/07	Medische diagnose: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij het advies Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid)	€	15,00
05/06	Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid	€	15,00
05/05	Weten wat we doen: verspreiding van innovaties in de zorg (achtergrondstudie bij het advies Van weten naar doen)	€	15,00
05/04	Van weten naar doen	€	15,00
05/03	Briefadvies Standaardisering Elektronisch Patiënten Dossier		gratis
05/02	De WMO in internationaal perspectief (achtergrondstudie bij briefadvies WMO)	€	15,00
05/01	Briefadvies Wet Maatschappelijke Ondersteuning		gratis
04/09	De GHORDiaanse knoop doorgehakt (gezamenlijk advies met de Raad voor het openbaar bestuur)		gratis
04/08	Gepaste zorg	€	15,00
04/07	Met het oog op gepaste zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg)	€	15,00

04/06	De invloed van de consument op het gebruik van zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg)	€	15,00
04/04	De Staat van het Stelsel: achtergrondstudies	€	15,00
04/03	Verantwoordingsprocessen in de zorg op basis van de balanced scorecard (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)	€	15,00
04/02	Indicatoren in een zelfsturend systeem, prestatie-informatie voor systeem, toezicht, beleid en kwaliteit (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)	€	15,00
04/01E	The state of the system (Engelse vertaling van het advies De Staat van het stelsel)		gratis
04/01	De Staat van het Stelsel	€	15,00
03/15	Acute zorg (achtergrondstudie)	€	15,00
03/14	Acute zorg	€	15,00
03/13	Gemeente en zorg (achtergrondstudie)	€	15,00
03/12	Gemeente en zorg	€	15,00
03/10	Kiezen in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)	€	15,00
03/09	Marktconcentraties in de ziekenhuissector (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)	€	15,00
03/08	Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg	€	15,00
03/07	Internetgebruiker en kiezen van zorg (resultatenonderzoek bij het advies Van patiënt tot klant)	€	15,00
03/06	Zorgaanbod en cliëntenperspectief (achtergrondstudie bij het advies Van patiënt tot klant)	€	15,00
03/05	Van patiënt tot klant	€	15,00
03/04	Marktwerking in de medisch specialistische zorg: achtergrondstudies	€	15,00
03/03	Anticiperen op marktwerking (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	€	15,00
03/02	Health Care Market Reforms & Academic Hospitals in international perspective (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	€	15,00
03/01	Marktwerking in de medisch specialistische zorg	€	15,00
02/19	Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	€	15,00
02/18	Juridische aspecten van taakherschikking (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	€	15,00
02/17	Taakherschikking in de gezondheidszorg	€	15,00
02/15	Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies (achtergrondstudies en debatverslagen bij het advies Gezondheid en gedrag)	€	15,00
02/14	Gezondheid en gedrag	€	15,00
02/13	De biofarmaceutische industrie ontwikkelingen en gevolgen voor de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Biowetenschap en beleid)	€	15,00
02/12	Achtergrondstudie Biowetenschap en beleid	€	15,00
02/11	Biowetenschap en beleid	€	15,00



02/10	Want ik wil nog lang leven (achtergrondstudie bij Samenleven in de samenleving)	€ 15,00
02/09	Samenleven in de samenleving (incl. achtergrondstudies NIZW, Bureau HHM op CD-ROM)	€ 15,00
02/07	Internetgebruiker, arts en gezondheidszorg (resultaten onderzoek bij E-health in zicht)	€ 15,00
02/06	Inzicht in e-health (achtergrondstudie bij E-health in zicht)	€ 15,00
02/05	E-health in zicht	€ 15,00
02/04	Professie, profijt en solidariteit (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€ 15,00
02/03	Meer markt in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€ 15,00
02/02	'Nieuwe aanbieders' onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€ 15,00
02/01	Winst en gezondheidszorg	€ 15,00
01/11	Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem (achtergrondstudie bij Volksgezondheid en zorg)	€ 13,61
01/10	Volksgezondheid en zorg	€ 13,61
01/09	Nieuwe gezondheidsrisico's bij voeding (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	€ 13,61
01/08	Verzekeraarbaarheid van nieuwe gezondheidsrisico's (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	€ 13,61
01/07	Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren	€ 13,61
01/05	Technologische innovatie in zorgsector (verkennende studie)	€ 11,34
01/04E	Healthy without care	€ 9,08
00/06	Medisch specialistische zorg in de toekomst (advies en dossier)	€ 19,29
00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)	€ 13,61
00/03	De rollen verdeeld	€ 13,61

#### **Bijzondere publicaties**

05/16	Adviseren aan de andere overheid (verslag van de invitational conference, 16 juni 2005)	gratis
05/10	Uw stem in de WMO (brochure bij het briefadvies Wet Maatschappelijke Ondersteuning (05/01) en het advies Gemeente en zorg (03/12))	gratis
05/09	Internetgebruiker en verandering in de zorg	€ 15,00
05/08E	The Dutch health care market: towards healthy competition (Engelse vertaling samenvattingen van de adviezen Winst en gezondheidszorg, Marktwerking in de medisch specialistische zorg en Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)	gratis
04/11	RVZ: sanus sine cure (rapport bij evaluatieverslag 2000-2004)	gratis
04/10	Evaluatierapport RVZ 2000-2004	gratis

04/05	Tot de klant gericht (conclusies van de invitational conference Van patiënt tot klant)	€	15,00
03/11E	The preferences of healthcare customers in Europe		gratis
03/11	De wensen van zorgcliënten in Europa	€	15,00
02/16	Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen	€	15,00
01M/02	Meer tijd en aandacht voor patiënten? Hoe een nieuwe taakverdeling kan helpen		gratis
01M/01E	E-health in the United States	€	11,34
01M/01	E-health in de Verenigde Staten	€	9,08
01M/03	Publieksversie Verzekerd van zorg	€	6,81
01M/02	De RVZ over het zorgstelsel	€	9,08
01M/01	Management van beleidsadvisering	€	11,34
00/05	Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)	€	6,81

### Signalementen met achtergrondstudies

Sig 05/04	Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: essays en maatschappelijk debat (behoort bij briefadvies Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg (06/01) en bij Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: signalement (Sig 05/02).	€	15,00
Sig 05/03	Risicosolidariteit en zorgkosten (achtergrondstudie bij Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg)	€	15,00
Sig 05/02	Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: signalement	€	15,00
Sig 05/01	Het preventieconcert: internationale vergelijking van publieke gezondheid	€	15,00
Sig 03/01	Exploderende zorguitgaven	€	15,00

### Publicaties Centrum Ethiek en Gezondheid

Signalering Ethiek en Gezondheid 2003	gratis
Signalering Ethiek en Gezondheid 2004	gratis
Signalering Ethiek en Gezondheid 2005	gratis
De vertwijfeling van de mantelmeeuw 2004	gratis
Bundel achtergrondstudies Economisering van zorg en beroepsethiek (2004)	gratis

## Publicaties Commissie Bestrijding Vrouwelijke Genitale Verminking

*De commissie is een ad hoc adviescommissie ingesteld door de minister van VWS, ondersteund door het secretariaat van de RVZ.*

VG 05/04	Vrouwelijke genitale verminking nader bekeken (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)	gratis
VG 05/03	Bestrijding vrouwelijke genitale verminking: achtergrondstudie (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)	gratis
VG 05/02	Genitale verminking in juridisch perspectief (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)	gratis
VG 05/01	Bestrijding vrouwelijke genitale verminking	gratis

## Werkprogramma's en jaarverslagen

00/02	Werkprogramma RVZ 2001 - 2002	gratis
04/12	Jaarverslag 2002 - 2003 RVZ	gratis
02/08	Jaarverslag 2001 RVZ	gratis
01/06	Jaarverslag 2000 RVZ	gratis
00/01	Jaarverslag 1999 RVZ	gratis

