

Advies Commissie nadeelcompensatie Ziekenhuizen

- Ondernemen, maar met Zorg –

Inhoudsopgave

Commissie	5
Voorwoord	7
1 Samenvatting en advies	9
2 Opdracht	11
2.1 Opdracht aan de Commissie	11
2.2 Beoordeling van de opdracht	11
2.3 Aanpak van de Commissie en opbouw van het advies	12
3 Ziekenhuisbekostiging, kapitaallasten en bouwregime	15
3.1 Ziekenhuisbekostiging en kapitaallasten	15
3.2 Bouwregime	16
3.3 Immateriële vaste activa	18
3.4 Rekenmodel	18
4 Nadeelcompensatie	21
4.1 Leerstuk van de nadeelcompensatie	21
5 Beoordeling en oplossingsrichting: overgangsregeling	25
5.1 Veranderd beleid bij de invoering van prestatiebekostiging	25
5.2 Beoordeling en oplossingsrichting	26
6 Rekenmodel: 'onderneming ziekenhuis'	29
6.1 Uitgangspunten rekenmodel	29
6.2 Uitkomsten berekeningen	30
7 Overgangsregeling met hardheidsclausule	35
7.1 Formele en materiële argumenten voor een overgangsregeling	35
7.2 Hardheidsclausule	36
7.3 Aandachtspunten	37
7.4 Budgettaire consequenties	38
8 Nadeelcompensatie voor ziekenhuizen	39
8.1 Nadeelcompensatie bij ziekenhuizen	39
8.2 Generieke en specifieke elementen regeling nadeelcompensatie ziekenhuizen	40
8.3 Wie keert de compensatie uit	42
Bijlagen	43
Bijlage 1: Instellingsbesluit Commissie Nadeelcompensatie Ziekenhuizen	45
Bijlage 2: Advies College Bouw Zorginstellingen	47
Bijlage 3: Faktoren financiële vastgoedregisseurs	59
Bijlage 4: Advies mr. M. Gelpke, van der Feltz advocaten	73
Gebuurde (achtergrond) informatie	85

Commissie

Leden van de Commissie:

- dhr. mr. dr. A.J.E. Havermans (voorzitter)
- dhr. drs. A.L.M. Barendregt
- dhr. drs. M.J. van Rooijen
- mw. drs. E.J. Mulock Houwer
- dhr. prof. dr. A.C. Hordijk

Adviseurs van de Commissie:

- Mr. M. Gelpke, van der Feltz advocaten
- Fakton financiële vastgoedregisseurs
- College Bouw Zorginstellingen

Secretariaat van de Commissie:

- dhr. drs. G van Bussel MBA (Ministerie van VWS)
- mw. mr. J.M. Willemsen (Ministerie van VWS)

Voorwoord

Bij de instelling van de Commissie nadeelcompensatie ziekenhuizen bij besluit van 7 maart 2008, heeft de minister de Commissie gevraagd over drie zaken te adviseren. Te weten:

- criteria waaraan ziekenhuizen moeten voldoen om in aanmerking te komen voor nadeelcompensatie;
- de wijze van berekening ter bepaling van de nadeelcompensatie;
- nadeelcompensatie voor een individueel ziekenhuis ten gevolge van de afschaffing van het bouwregime waaronder nacalculatie voor gebouwgebonden kapitaallasten.

De minister heeft gevraagd het advies in twee delen uit te brengen. De Commissie heeft in haar brief van 11 juni 2008 aangegeven het opstellen van criteria en het opstellen van rekenregels niet te scheiden en één advies uit te brengen.

Met de brief aan de Tweede Kamer van eind mei 2008 schrijft de minister dat de invoering van prestatiebekostiging wordt aangepast. Deze beleidswijziging welke ook van invloed is op de invoering van risicodragende kapitaallasten noopte de Commissie haar opdracht en aanpak opnieuw te beoordelen. De Commissie heeft de minister hierover tussentijds geïnformeerd.

De Commissie heeft in samenwerking met Fakton financiële vastgoedregisseurs een rekenmodel ontwikkeld, uitgaande van het ziekenhuis als onderneming. Dit model kan gebruikt worden bij het berekenen van effecten van invoering van risicodragende kapitaallasten. Aldus aangepast levert het model als uitkomst dat bij alle ziekenhuizen een gezonde bedrijfsvoering mogelijk is en dat de streefsolvabiliteit van 15% gehaald wordt.

Ook reikt de Commissie de minister generieke en specifieke elementen aan voor een nadeelcompensatieregeling voor ziekenhuizen.

Toch acht de Commissie het belangrijk dat een omvangrijke systeemwijziging als afschaffing van het bouwregime en de invoering van risicodragende kapitaallasten geleidelijk wordt ingevoerd met behulp van een rechtmatige en zorgvuldige overgangsregeling. Daarom adviseert de Commissie een overgangsregeling met hardheidsclausule te ontwikkelen voor een zorgvuldige en rechtmatige invoering van risicodragende kapitaallasten. Deze gedachte heeft de Commissie terug laten komen in de titel van het rapport: Ondernemen, maar met Zorg.

Pas na het invoeren van een overgangsregeling kan toegekomen worden aan een regeling voor nadeelcompensatie. De Commissie verwacht dat een overgangsregeling tot gevolg heeft dat aanspraken op nadeelcompensatie beperkt zullen zijn.

De voorzitter van de Commissie nadeelcompensatie ziekenhuizen

Mr. dr. A.J.E. Havermans

30 september 2008

1 Samenvatting en advies

De Commissie nadeelcompensatie ziekenhuizen is door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ingesteld met een besluit van 7 maart 2008. De minister vraagt de Commissie hem te adviseren over drie zaken:

1. criteria waaraan ziekenhuizen moeten voldoen om in aanmerking te komen voor nadeelcompensatie;
2. de wijze van berekening ter bepaling van nadeelcompensatie;
3. nadeelcompensatie voor een individueel ziekenhuis ten gevolge van de afschaffing van het bouwregime waaronder nacalculatie gebouwgebonden kapitaallasten.

De minister heeft de opdracht gegeven het advies in twee delen uit te brengen. De Commissie besloot het opstellen van criteria en het opstellen van rekenregels niet te scheiden en één advies uit te brengen op uiterlijk 1 oktober 2008.

Bij het aanvaarden van de opdracht was het uitgangspunt dat op 1 januari 2009 prestatiebekostiging onder een maatstaf ingevoerd zou worden. Met deze systeemwijziging zou de kapitaallastenvergoeding welke instellingen in het systeem van functiegerichte budgettering ontvangen eindigen. Ziekenhuizen zouden hiermee verantwoordelijk worden voor alle investeringsbeslissingen. Kapitaallasten moeten gedekt worden uit de tarieven en prijzen welke het ziekenhuis in rekening brengt bij de verzekeraar.

Met zijn brief van eind mei 2008 schrijft de minister aan de Tweede Kamer dat de plannen voor integrale bekostiging worden aangepast. Met ingang van 1 januari 2009 wordt het B-segment uitgebreid naar gemiddeld 34% en blijft het systeem van functiegerichte bekostiging bestaan. Dit betekent dat voor het deel van de ziekenhuiszorg welke bekostigd blijft worden via de functiegerichte budgettering de (gegarandeerde) kapitaallastenvergoeding voor "oude investeringen" in stand blijft. De invoering van vrije prijzen over de hele breedte van de ziekenhuisproductie schuift met deze aanpassing naar achter in de tijd.

Deze beleidswijziging noopte de Commissie haar opdracht en aanpak opnieuw te beoordelen.

De Commissie heeft in samenwerking met Fakton financiële vastgoedregisseurs een rekenmodel ontwikkeld, uitgaande van het ziekenhuis als onderneming. Dit model kan gebruikt worden bij het berekenen van effecten van invoering van risicodragende kapitaallasten. Ook reikt de Commissie de minister generieke en specifieke elementen aan voor een nadeelcompensatieregeling voor ziekenhuizen.

Toch acht de Commissie het belangrijk dat een omvangrijke systeemwijziging als afschaffing van het bouwregime en de invoering van risicodragende kapitaallasten geleidelijk wordt ingevoerd met behulp van een rechtmatige en zorgvuldige overgangsregeling met hardheidsclausule. Daarom adviseert de Commissie een dergelijke overgangsregeling met hardheidsclausule te laten ontwikkelen. Pas na het toepassen van een overgangsregeling kan – als sluitstuk - toegekomen worden aan een regeling voor nadeelcompensatie. De Commissie verwacht dat een overgangsregeling tot gevolg heeft dat aanspraken op nadeelcompensatie beperkt zullen zijn.

Rekenmodel

In het instellingsbesluit van de Commissie verwijst de minister naar de berekeningen die het ministerie en de NVZ hebben gemaakt op basis van een rekenmodel (Finance Ideas) dat uitgaat van invoering van risicodragende kapitaallasten in één keer. De Commissie heeft dit rekenmodel bestudeerd en zich daarbij laten adviseren door externe deskundigen (Fakton). De Commissie is van mening dat het bestaande model teveel uitgaat van de leningstructuur van de ziekenhuizen en te weinig oog heeft voor de financiële structuur van het ziekenhuis als onderneming. Daarnaast zijn restwaarde en "going concern" in het model gebracht. Daarom heeft de Commissie gemeend een aangepast rekenmodel te moeten ontwikkelen waarin de 'onderneming

ziekenhuis' centraal staat. Ook in dit model wordt uitgegaan van invoering van risicodragende kapitaallasten in één keer.

Aldus aangepast levert het model als uitkomst dat bij alle ziekenhuizen een gezonde bedrijfsvoering mogelijk is en dat de streefoplossbaarheid van 15% gehaald wordt.

Overgangsregeling met hardheidsclausule

De Commissie adviseert de minister een overgangsregeling met hardheidsclausule te ontwikkelen voor de invoering van risicodragende kapitaallasten. Deze regeling dient te gelden voor alle ziekenhuizen en strekt ter voorkoming van het ontstaan van moeilijkheden als gevolg van de afschaffing van het bouwregime en de beperking van nacalculatie op gebouwgebonden kapitaallasten. Een overgangsregeling biedt partijen zekerheid en duidelijkheid. Er is een grote behoefte in het veld aan zekerheid om onderhandelingen te kunnen voeren en het investeringsniveau op peil te kunnen houden. Bovendien geeft een overgangsregeling het bestuurlijke voordeel dat er ruimte is om bij onvoorziene zaken de invoering van risicodragende kapitaallasten relatief eenvoudig bij te kunnen sturen. De Commissie heeft voorkeur voor een overgang waarbij iedere overheveling van het A-segment naar het B-segment via een overgangsregeling op het punt van de kapitaallasten wordt gefaseerd in drie of vier jaar. Bij deze fasering zijn de individuele percentages per ziekenhuis uitgangspunt. Het is wenselijk de overgangsregeling per 1 januari 2009 in te voeren. Het uitwerken van een overgangsregeling valt buiten de opdracht van de Commissie. De Commissie meent dat de NZa de aangewezen instantie is om de overgangsregeling vast te stellen en uit te voeren.

Het lijkt niet aannemelijk dat ten gevolge van de invoering van risicodragende kapitaallasten instellingen in 'onoverkomelijke financiële problemen' komen. Echter een hardheidsclausule als onderdeel van de overgangsregeling vormt nog een extra en bijzonder vangnet. Het biedt de minister de mogelijkheid om in die gevallen waarin de overgangsregeling gegeven de doelstelling en strekking toch een onbillijkheid van overwegende aard zou opleveren, een onderdeel van het traject buiten toepassing te verklaren of daarvan af te wijken. Een hardheidsclausule is maatwerk en zou bijvoorbeeld kunnen uitmonden in een achtergestelde lening of een voorwaardelijke toekenning.

De Commissie adviseert verder:

- immateriële vaste activa mee te nemen in de overgangsregeling;
- nieuwe investeringen van zorginstellingen alsnog (tijdelijk) voor nacalculatie in aanmerking te laten komen als de hybride situatie in kapitaallasten ook na 2010 blijft bestaan;
- opgebouwde trekkingsrechten met 34% te verminderen nu het vrije segment tot dit percentage wordt uitgebreid;
- de rol van de rijksoverheid bij het Waarborgfonds voor Zorginstellingen in ieder geval te handhaven tot het moment dat risicodragende kapitaallasten zijn ingevoerd.

Nadeelcompensatie

De Commissie adviseert om op basis van een vooraf gepubliceerde regeling en nadat de schadeveroorzakende besluiten onherroepelijk zijn geworden nadeelcompensatie toe te kennen. Het leerstuk van de nadeelcompensatie biedt namelijk geen ruimte om gedurende de systeemwijziging toe te komen aan toekenning van nadeelcompensatie aan individuele instellingen. Nadeelcompensatie is een sluitstuk. De Commissie ziet voor haar zelf geen taak bij de individuele beoordeling nu deze in tijd verder naar achteren schuift en de expertise van deze Commissie niet ligt in het beoordelen van individuele schadegevallen. De Commissie beschrijft in dit advies een aantal generieke en specifieke elementen voor een nadeelcompensatieregeling.

2 Opdracht

2.1 Opdracht aan de Commissie

De Commissie afschaffing bouwregime waaronder nacalculatie gebouwgebonden kapitaallasten – verder te noemen de Commissie - is door de minister ingesteld met een besluit van 7 maart 2008¹.

De minister vraagt de Commissie te adviseren over drie zaken:

1. criteria waaraan ziekenhuizen moeten voldoen om in aanmerking te komen voor nadeelcompensatie;
2. de wijze van berekening ter bepaling van nadeelcompensatie;
3. nadeelcompensatie voor een individueel ziekenhuis ten gevolge van de afschaffing van het bouwregime waaronder de nacalculatie voor gebouwgebonden kapitaallasten.

De Commissie heeft in het instellingsbesluit de opdracht gekregen een advies in twee delen uit te brengen. Het eerste deel van het advies richt zich op de criteria waaraan ziekenhuizen moeten voldoen om in aanmerking te komen voor nadeelcompensatie. Dit deel van het advies zou uiterlijk 1 juli 2008 aan de minister moeten worden uitgebracht. Het eindadvies brengt de Commissie uiterlijk op 1 oktober 2008 uit.

2.2 Beoordeling van de opdracht

De minister heeft de Commissie een moeilijke en omvangrijke opdracht meegegeven. Een opdracht welke zeer in de belangstelling staat van de Tweede Kamer en de betrokken partijen in het veld. Vanuit de Tweede Kamer en het veld is bij de minister aangedrongen op tempo en duidelijkheid. Betrokken partijen verkeren in onzekerheid en hebben behoefte aan duidelijkheid om onderhandelingen te kunnen voeren en het investeringsniveau op peil te kunnen houden. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) adviseert de minister in zijn monitor Ziekenhuiszorg 2008² "ervoor te zorgen dat op tijd duidelijkheid komt over een eventuele uitbreiding van het B-segment en de werkwijze van de Commissie 'nadeelcompensatie afschaffing bouwregime', zodat de verschillende marktpartijen voldoende tijd hebben hierop te anticiperen in de voorbereiding van de onderhandelingen".

De Commissie heeft zich allereerst gebogen over de interpretatie van de opdracht. Ze heeft begrepen dat de minister twee elementen van cruciaal belang vindt, namelijk:

- Nadeel ten gevolge van de afschaffing van het bouwregime moet in principe door het ziekenhuis zelf gedragen worden, alleen een onevenredig nadeel komt voor compensatie in aanmerking. In zijn overleg met de Tweede Kamer heeft de minister verder aangegeven dat er geen onevenredige teruggang in de solvabiliteit mag plaats vinden en dat ten gevolge van deze wijziging ziekenhuizen niet failliet mogen gaan. .
- Causaliteit; het nadeel dat een ziekenhuis lijdt wordt verklaard door de afschaffing van het bouwregime. Andere oorzaken voor het nadeel dient de Commissie niet in ogenschouw te nemen.

¹ Het instellingsbesluit is gepubliceerd in de Staatscourant, Stcrt 2008, 55, pagina 16 (bijlage 1).

² Monitor Ziekenhuiszorg 2008 – een analyse van de marktontwikkelingen in het B-segment in 2008, juli 2008

Uitgangspunt voor de Commissie is de rechtmatige overheidsdaad van de overheid: die rechtmatige overheidsdaad is het afschaffen van het bouwregime per 1 januari 2008³ tegen de achtergrond van de invoering van prestatiebekostiging en risicodragende kapitaallasten.

Volledigheidshalve zij vermeld dat de opdracht van de Commissie zich richt op de algemene en categorale instellingen. De Commissie adviseert de minister niet over academische ziekenhuizen. Deze uitzondering voor academische ziekenhuizen heeft de minister vastgelegd in het instellingsbesluit en is hiermee voor de Commissie een gegeven.

2.3 Aanpak van de Commissie en opbouw van het advies

Aanpak van de Commissie

De Commissie besloot het opstellen van criteria en het opstellen van rekenregels (berekenen van het verschil) niet te scheiden en het eerste deel van haar opdracht – het opstellen van criteria – mee te nemen in haar advies van uiterlijk 1 oktober. De Commissie heeft dit in haar brief⁴ aan de minister voorgelegd. Op 17 juni 2008 heeft de minister deze brief ter informatie aan de Tweede Kamer gestuurd en aangegeven in te stemmen met deze geïntegreerde aanpak. In deze brief schrijft de Commissie ook dat het advies op uiterlijk 1 oktober 2008 aan de minister wordt aangeboden. Het advies bevat tenminste de criteria en de rekenregels. In dezelfde brief liet de Commissie weten nog niet te kunnen overzien in hoeverre beoordeling van individuele ziekenhuizen door de Commissie nog voor de hand ligt.

De Commissie beschouwde het ontwikkelen van een methodiek om te komen tot het berekenen van een verschil in kapitaallasten vóór en ná de afschaffing van het bouwregime én de toepassing van het leerstuk van de nadeelcompensatie als de kern van haar opdracht. Voor de ontwikkeling van een rekenmodel om de kapitaallasten na afschaffing van het bouwregime te berekenen is een bestaand rekenmodel (Finance Ideas) in de ziekenhuissector uitgangspunt geweest. Via een contra-expertise is dit rekenmodel beoordeeld. Nadeelcompensatie en rekenmodel moeten, in de ogen van de Commissie, samenkomen in een heldere regeling.

De Commissie werd gedurende haar werk evenwel geconfronteerd met beleidswijzigingen zoals vermeld in de brieven van de minister aan de Tweede Kamer van 28 mei 2008 'Waardering voor betere zorg II' en 18 juli 2008 'NZa-monitor en uitbreiding B-segment'. De beleidswijzigingen hielden aanpassingen in waardoor het grootste deel van de ziekenhuiszorg in 2009 bekostigd zal blijven worden via de functiegerichte budgettering. Voor het deel van de ziekenhuiszorg dat bekostigd blijft worden via het systeem van functiegerichte budgettering blijft de bestaande kapitaallastenvergoeding in stand. De invoering van vrije prijzen over de hele breedte van de ziekenhuisproductie -, zoals reeds per 1 januari 2009 was beoogd - schuift met deze aanpassing naar achter in de tijd. De kapitaallasten samenhangend met de uitbreiding, per 1 januari 2009, van het B-segment worden wel risicodragend. Deze beleidswijzigingen noopten de Commissie haar aanpak aan te passen.

De Commissie heeft een aantal gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van veldpartijen, namelijk de NVZ Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Vereniging van Banken en het Waarborgfonds. Voor de Zorginstellingen. Ook is met drie ziekenhuizen een informatief gesprek gevoerd.

³ Besluit van 30 oktober 2007, houdende tweede wijziging van het Uitvoeringsbesluit WTZi; Staatsblad 2007, 461)

⁴ Brief van commissieCommissie nadeelcompensatie ziekenhuizen aan de minister van 11 juni 2008, CZ-TSZ 2854608.

Daarnaast heeft de Commissie, conform het instellingsbesluit, gebruik gemaakt van de mogelijkheid externe adviseurs in te schakelen. De Commissie heeft juridisch advies ingewonnen bij van der Feltz advocaten, Fakton financiële vastgoedregisseurs heeft geadviseerd over een rekenmodel en ook het College Bouw Zorginstellingen heeft geadviseerd. (zie bijlagen 2, 3 en 4).

Opbouw van het advies

Het advies van de Commissie kent drie onderdelen. De hoofdstukken 3 en 4 zijn beschrijvend van aard. Hierin wordt beschreven wat de Commissie aantrof bij haar aantreden en tevens geven deze hoofdstukken een weergave van de voorbereidende werkzaamheden van de Commissie. Daarna beschrijft de Commissie in hoofdstuk 5 de effecten van de beleidswijzigingen van de minister en wordt de oplossingsrichting beschreven. De oplossingsrichting wordt vervolgens in de hoofdstukken 6 – 8 nader uitgewerkt.

3 Ziekenhuisbekostiging, kapitaallasten en bouwregime

In dit hoofdstuk beschrijft de Commissie de context voor haar advies zoals deze eruit zag bij het aanvaarden van de opdracht. Deze beschrijving is noodzakelijk om te kunnen begrijpen welke effecten ziekenhuizen ondervinden van de afschaffing van het bouwregime en de invoering van prestatiebekostiging met risicodragende kapitaallasten.

3.1 Ziekenhuisbekostiging en kapitaallasten

In zijn brief 'Waardering voor betere Zorg'⁵ en in het instellingsbesluit van de Commissie schetst de minister een vierjarig transitietraject voor de invoering van prestatiebekostiging. Het invoeren van prestatiebekostiging is een omvangrijke operatie en volgens de minister bevat dit transitietraject een aantal elementen:

- "een stapsgewijze invoering van de maatstafconcurrentie;
- ruimte voor volumegroei;
- behoud van de rol van de overheid bij het waarborgfonds;
- monitoring van de vermogenkostenvergoeding;
- behoud van boekwinsten voor de zorginstelling waarbij de randvoorwaarde is dat de winst ten goede komt aan de zorg;
- de maatwerkbehandeling voor ziekenhuizen die onevenredig nadeel ondervinden van de afschaffing van het bouwregime, waarbij een Commissie mij adviseert."

Onderhavig advies van de Commissie is de effectuering van het laatste genoemde element.

In het vervolg van deze paragraaf komen de verschillen tussen het oude en nieuwe bekostigingssysteem voor ziekenhuizen aan de orde.

Funcatiegerichte budgettering

Voor de bekostiging van zorginstellingen geldt vanaf 1987 een systeem van functiegerichte budgettering. In dit systeem stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) de budgetten van de zorginstellingen vast.

Onderdeel van het budget (en de verrekentarieven) zijn de kapitaallasten. Instellingen ontvangen een individuele (kapitaallasten)opslag voor rente en afschrijving op goedgekeurde investeringen. Investeringen zijn goedgekeurd als hiervoor een bouwvergunning is afgegeven. Zoals gezegd gaat het hier om een individuele opslag en dat betekent dat de hoogte van de opslag per ziekenhuis verschillend is. Daarnaast bevat het budget normatieve kapitaallasten voor die investeringen waarvoor al eerder geen goedkeuring (meer) vereist was.

Het FB-systeem geeft zekerheid maar slechts beperkte vrijheid. Een dergelijke manier van bekostiging past niet (meer) binnen het nieuwe stelsel waarbij verzekeraars en aanbieders vrij zijn om contracten te sluiten. Daarom wil de minister overgaan naar een andere wijze van ziekenhuisbekostiging, namelijk prestatiebekostiging op basis van duidelijk omschreven producten.

⁵ Brief 'Waardering voor betere Zorg', dd van 13 juni 2007, van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Tweede Kamer'.

Prestatiebekostiging

Ziekenhuizen worden door de invoering van prestatiebekostiging zelf verantwoordelijk voor alle daarmee samenhangende investeringsbeslissingen en de financiële consequenties ervan. Individuele zorgaanbieders en individuele zorgverzekeraars onderhandelen over de prijs, kwaliteit en het volume van de te leveren zorg. Het nieuwe bekostigingssysteem geeft zorgaanbieders en verzekeraars meer vrijheid maar minder zekerheid.

Kapitaallasten moeten gedekt worden uit de tarieven en prijzen die de aanbieder (via de verzekeraar) in rekening brengt. Ziekenhuizen zijn vrij in het toedelen van kapitaallasten aan een diagnose behandelcombinatie (hierna: DBC). De individuele opslag verdwijnt bij de invoering van prestatiebekostiging.

Op het moment van instellen van de Commissie was de invoering van prestatiebekostiging met vrije (maximum)prijzen onder een maatstaf voorzien. De maatstaf is een instrument waarmee op basis van landelijke DBC-gemiddelden een prijsplafond per instelling berekend wordt. Het plafond fluctueert mee met de productieafspraken. In figuur 1 "Invoering prestatiebekostiging onder een maatstaf" is dit gevisualiseerd.

Figuur 1 "Invoering prestatiebekostiging onder een maatstaf", als beschreven in de brief "Waardering voor betere zorg I"

AO ⁶	Maatstaf met vrije (maximum)prijzen	B-segment (gemiddeld 20% vrije prijzen)
-----------------	-------------------------------------	--

Opgemerkt wordt dat het bovengenoemde percentage vrije prijzen (20%) een landelijk gemiddelde is en per instelling naar boven en beneden kan variëren.

3.2 Bouwregime

Bouwregime

Tot 1 januari 2008 gold een bouwregime voor het bouwen van ziekenhuizen. In het bouwregime bepaalt de minister of een voorgenomen bouwinitiatief past binnen de door de overheid opgestelde criteria voor spreiding, behoefte en het beschikbare macrobudget. Het College Bouw Zorginstellingen adviseert de minister hierbij. Bij een positief advies geeft de minister een verklaring van behoefte ex WZV⁷ af, onder de Wet Toelating Zorginstellingen (de opvolger van de WZV) heet dit een 'toelating met bouw'. Die wordt in de praktijk voorzien van een bepaling dat de planontwikkeling niet mag doorgaan totdat, via de plaatsing op de bouwprioriteitenlijst, duidelijk is dat het project past binnen het meerjarig bouwkader. Deze prioriteitenlijst werd periodiek geactualiseerd. Van de initiatieven met een verklaring van behoefte/toelating en een

⁶ Segmentering van de zorg zoals aangegeven in 'Waardering voor beter Zorg I':

A0 segment: geen prestatiebekostiging

A1 segment: prestatiebekostiging met maatstafconcurrentie, vaste tarieven binnen de maatstaf

B1 segment: prestatiebekostiging met maatstafconcurrentie, onderhandelbare prijzen binnen de maatstaf

B segment: prestatiebekostiging met vrije prijsvorming. M.i.v. 1 januari 2008 bedraagt dit segment gemiddeld 20%.

⁷ WZV: Wet Ziekenhuis Voorzieningen

plaats op de prioriteitenlijst toetst het College Bouw Zorginstellingen (hierna: CBZ) de concrete plannen aan een aantal functionele – en financiële eisen. Voldoet het project aan de eisen, dan geeft het CBZ de bouwvergunning af. Daarmee wendt het ziekenhuis zich in het algemeen tot de bank/verschaffer van vreemd vermogen met het verzoek de voorgenomen plannen te financieren. De bank weet dat de afgegeven vergunning zekerheid biedt ten aanzien van de betaling van de rente en de afschrijving en verstrekt de benodigde financiering. Het ziekenhuis heeft bovendien de mogelijkheid zich aan te sluiten bij het Waarborgfonds. Het Waarborgfonds kan leningen van zorginstellingen borgen, waardoor de bij het Waarborgfonds aangesloten instellingen in het algemeen makkelijker en tegen gunstiger voorwaarden toegang tot financiering met vreemd vermogen krijgen.

Met de vergunning en het contract met de financier wendt het ziekenhuis zich vervolgens tot de Nederlandse Zorgautoriteit met het verzoek de rente en afschrijving jaarlijks in het budget van het ziekenhuis op te nemen. De NZa past de kapitaallastenvergoeding in het ziekenhuisbudget aan met ingang van het moment van ingebruikneming van de gebouwen. De kapitaallastenparameter is productieonafhankelijk. Kortweg gezegd: ook al produceert het ziekenhuis niet, de kapitaallasten zijn gedekt.

De kapitaallastenvergoeding bestaat dus uit vergoedingen voor rente- en afschrijvingskosten in het jaarlijks budget. Daarnaast wordt jaarlijks een normatieve vergoeding toegekend voor de zogenaamde jaarlijkse instandhouding. Hieruit kan de instelling onderhoud aan de gebouwen en installaties bekostigen. Naast deze budgetvergoedingen bestaat er ook nog een systeem van trekkingsrechten.

Trekkingsrechten

Het systeem van trekkingsrechten (ook wel meldingsregeling genoemd) bestaat sinds 1996 en is bedoeld om ziekenhuizen in staat te stellen zelf te beslissen over grote instandhoudingsinvesteringen. De ruimte voor investeringen voor dergelijke renovaties komt beschikbaar als (toekomstige) trekkingsrechten. Trekkingsrechten worden per instelling stapsgewijs opgebouwd tussen het 10^e en 20^e levensjaar van een gebouw. De hoogte is afhankelijk van omvang, ouderdom en functionele staat van de gebouwen.

Trekkingsrechten staan niet op de balans en vertegenwoordigen geen waarde. Pas wanneer ze zijn omgezet in een investering leiden ze tot een hogere vergoeding en kan de boekwaarde van de investering op de balans worden opgenomen. Daar staat in de meeste gevallen een lening van de bank tegenover. Trekkingsrechten zijn dus geen spaarpotje (eigen vermogen) voor toekomstige investeringen, maar een toekomstig recht op budget voor huisvestingslasten die samenhangen met instandhoudingsbouw.

Afschaffing bouwregime

Met ingang van 1 januari 2008 is het beschreven bouwregime afgeschaft⁸. De afschaffing van het bouwregime waaronder nacalculatie gebouwgebonden kapitaallasten, vindt niet plaats in één besluit. De afschaffing krijgt vorm in ministeriële besluiten, regelingen, beleidsregels en appellabele beschikkingen op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen (hierna: WTZi) en de Wet Marktordering Gezondheidszorg (hierna: WMG).

Het afschaffen van het bouwregime betekent dat de overheid geen goedkeuring meer hoeft te verlenen voor investeringen van ziekenhuizen in gebouwelijke infrastructuur. Er is geen bouwvergunning meer nodig. Ziekenhuizen zijn vanaf 1 januari j.l. zelf verantwoordelijk voor nieuwe investeringsbeslissingen. Met de afschaffing van het bouwregime is de administratieve lastendruk rond bouwprojecten aanzienlijk gereduceerd. Aangetekend zij dat de voor 1 januari 2008 goedgekeurde investeringen via het FB nog (grotendeels) vergoed blijven.

⁸ Besluit van 30 oktober 2007, houdende tweede wijziging van het Uitvoeringsbesluit WTZi; Staatsblad 2007, 461.

3.3 Immateriële vaste activa

In de context van invoering prestatiebekostiging en afschaffing bouwregime dienen de zgn immateriële vaste activa genoemd te worden. Zorginstellingen hebben op de balans niet alleen *materiële* vaste activa staan, maar ook zogenaamde *immateriële* vaste activa. Deze immateriële vaste activa kennen een grote mate van diversiteit. Onder deze post vallen in ieder geval:

- Aanloopkosten (kosten gemaakt tijdens de realisatie van nieuwbouw);
- Aanloopverliezen (kosten van gedeerde productie ten gevolge van het in gebruik nemen van nieuwbouw);
- Virtuele vaste activa (panden die in het verleden gesloopt zijn voordat de levensduur volgens de FB-systematiek voorbij was, maar waar in het kader van de bekostiging nog op afgeschreven wordt ten behoeve van een daarvoor te ontvangen vergoeding)
- Stichtingskosten (vergelijkbaar met aanloopkosten);
- Emissiekosten van leningen (extra kosten die verbonden waren met het aangaan van obligatieleningen).

Deze kosten zijn WTZi/WMG goedgekeurd, aldus de minister in een recente brief aan de Kamer. De wijzigingen in de bekostigingswijze van zorginstellingen - in het bijzonder de vergoeding van kapitaallasten (rente op financiering en afschrijvingen op immateriële en materiële vaste activa) - hebben ertoe geleid dat de Raad voor de Jaarverslaggeving, richtlijn 655 voor zorginstellingen heeft aangepast. De wijziging in de bekostiging betekent dat bepaalde (immateriële) vaste activa die tot op heden onder de huidige bekostigingssystematiek zelfstandig tot opbrengsten leidden in het nieuwe stelsel ofwel geen bijdrage meer leveren aan het genereren van opbrengsten, ofwel beschouwd moeten worden als onderdeel van de vervaardigingsprijs van andere vaste activa. In het eerste geval dient afwaardering plaats te vinden, in het tweede geval herclassificatie. Het geheel leidt ertoe dat de vermogens- en solvabiliteitspositie van instellingen kan wijzigen.

3.4 Rekenmodel

In de instellingsbeschikking wordt verwezen naar de berekeningen die NVZ en VWS gemaakt hebben op basis van een model dat door Finance Ideas ontwikkeld is. Op basis van die uitkomsten zijn door de Minister verwachtingen uitgesproken over de mate waarin ziekenhuizen in staat zijn de opheffing van het bouwregime en de invoering van risicodragende kapitaallasten zelf op te vangen.

Het model van Finance Ideas is een kasstroommodel. Een kasstroomoverzicht is een overzicht van de feitelijke geldstromen die een organisatie in de loop van een boekjaar binnenkomen en uitgaan. Een kasstroomoverzicht maakt, naast de balans en winst- en verliesrekening, deel uit van het jaarverslag.

Investerings- en financieringslasten zijn uitgaande kasstromen. Tarieven waarin een component voor kapitaallasten is opgenomen is een inkomende kasstroom. Door alleen de vastgoedgerelateerde kasstromen te hanteren, wordt het beeld gecreëerd van een fictieve vastgoedidentiteit. Voor zo'n vastgoedidentiteit is een tweetal zaken van belang. De inkomende kasstromen moeten over de gehele looptijd voldoende zijn om de uitgaande kasstromen te dekken. De inkomende kasstromen moeten in voldoende mate eigen vermogen genereren om financiering mogelijk te maken. Ook moet de inkomende kasstroom de rentelasten dekken. De Commissie vindt een kasstroommodel een goed rekenmodel.

De Commissie heeft het model van Finance Ideas bestudeerd en hier een aantal tekortkomingen in gezien. De commissie heeft vervolgens samen met Fakton financiële vastgoedadviseurs (zie bijlage 3) een alternatief kasstroommodel ontwikkeld.

Met dit model van Fakton kunnen, op basis van omzetgegevens uitspraken gedaan worden over de toekomstige financiële positie van het betreffende ziekenhuis. Dergelijke berekeningen zijn nodig om vast te kunnen stellen of er sprake is van verschil in kapitaallastenvergoeding in de oude en de nieuwe situatie

Ook kan met dat model berekend worden wat volgens "best practice" de vergoeding zou moeten zijn voor de kapitaallasten in het B-segment respectievelijk wat de kapitaallasten zouden moeten zijn bij invoering van 100% prestatiebekostiging.

De Commissie realiseert zich dat over een dergelijk model altijd discussie mogelijk is. Daarom heeft zij het College Bouw gevraagd om na te gaan of een eerder door het CBZ ontwikkeld model van kapitaallastenintensiteit per DBC nog steeds beschikbaar is. Ook met die benadering kan berekend worden wat een reële kapitaallastenvergoeding zou moeten zijn. De gedachte achter de vraag aan het College Bouw was dat aldus ook nog op een andere manier gerekend zou kunnen worden. De Commissie hoopte aldus bevestiging te krijgen van de uitkomsten van de eerst genoemde methode. De reactie van het College Bouw was bevestigend en is integraal opgenomen als bijlage 2 bij dit advies.

In hoofdstuk 7 wordt het door de Commissie in samenwerking met Fakton ontwikkelde model gepresenteerd en wordt nader ingegaan op de verschillen.

4 Nadeelcompensatie

In zijn opdracht aan de Commissie geeft de minister aan dat de Commissie bij het advies het gebruikelijke nadeelcompensatierecht in ogenschouw neemt. Uit het nadeelcompensatierecht vloeien een aantal uitgangspunten voort welke de minister ook in het instellingsbesluit van de Commissie heeft opgenomen in artikel 2, derde lid. Het gaat om de volgende uitgangspunten:

- het ziekenhuis toont een causaal verband aan tussen de schade en de afschaffing van het bouwregime waaronder de nacalculatie op de gebouwgebonden kapitaallasten;
- het ziekenhuis toont aan als gevolg van deze maatregel onevenredig zwaar te worden getroffen;
- de schade die kan worden geacht te behoren tot het normale ondernemersrisico wordt niet in de berekening betrokken;
- geen schade wordt in de berekening betrokken voor zover het ziekenhuis eigen schuld kan worden verweten;
- de schade wordt op objectieve wijze berekend en geverifieerd;
- een eventueel voordeel dat voor een ziekenhuis voortvloeit uit de afschaffing van het bouwregime waaronder de nacalculatie op gebouwgebonden kapitaallasten, wordt verdisconteerd met het schadebedrag;
- de compensatie neemt de onevenredigheid van de schade weg en is in ieder geval niet hoger dan de schade.

In dit hoofdstuk gaat de Commissie in op het gebruikelijke nadeelcompensatierecht. De Commissie heeft hierbij gekeken naar andere maatschappelijke sectoren, het voorontwerp van wet van de Studiegroep Schadevergoeding bij rechtmatige en onrechtmatige overheidsdaad en heeft extern juridisch advies ingeroepen. Het uitgebrachte externe juridische advies is integraal als bijlage 4 opgenomen.

4.1 Leerstuk van de nadeelcompensatie

Rechtmatig overheidshandelen leidt in de praktijk regelmatig tot schade. Dit valt niet altijd te voorkomen en de overheid is ook niet verplicht om elke schade die zij in de rechtmatige uitoefening van haar publieke taken veroorzaakt, te vergoeden. Soms moet dergelijke schade wel worden vergoed. Het is een algemeen aanvaard beginsel dat degene die *in vergelijking met anderen* onevenredig zwaar wordt getroffen door rechtmatig overheidshandelen en schade lijdt die uitgaat boven het normaal maatschappelijk risico, daarvoor een compensatie dient te ontvangen. Dit beginsel wordt aangeduid als het beginsel van de gelijkheid voor de openbare lasten of het *égalité*beginsel⁹.

Nadeelcompensatie is het sluitstuk van rechtmatige besluitvorming. Toekenning van nadeelcompensatie gebeurt bij voorkeur in een afzonderlijk besluit, op basis van een vooraf gepubliceerde – adequate – nadeelcompensatieregeling. Het is een aanspraak welke pas definitief beoordeeld kan worden als de schadeveroorzakende appellabele besluiten onherroepelijk zijn geworden. Zo lang de schadeveroorzakende appellabele besluiten niet onherroepelijk zijn, staat het bestaan, de werking en de rechtmatigheid van deze besluiten niet vast. Vervolgens moet bij de definitieve beoordeling worden nagegaan welke gevolgen de besluiten vanaf het moment van inwerkingtreding (peildatum) hebben gehad.

In principe draagt een ieder zelf de door hem geleden schade welke geleden wordt door de rechtmatige uitoefening door of namens de minister van een aan het publiekrecht ontleende bevoegdheid of taak. Als aan bovengenoemde voorwaarden wordt voldaan kan van deze regel worden afgeweken en kan compensatie worden toegekend.

⁹ Uit het voorontwerp van de Studiegroep Schadevergoeding bij rechtmatige en onrechtmatige overheidsdaad, 4 mei 2007.

Voor vestiging van een aanspraak op compensatie van onevenredig nadeel gelden bij het ministerie van Verkeer en Waterstaat de volgende materiële voorwaarden¹⁰:

1. **Rechtmatigheid:** de gestelde schadeoorzaak moet als een rechtmatig overheidshandelen gekwalificeerd kunnen worden en het moet gaan om een rechtmatige uitoefening door of namens de minister van een aan het publiekrecht ontleende bevoegdheid of taak.
2. **Causaliteit:** er moet causaal verband bestaan tussen de rechtmatige overheidshandeling en de schade. De criteria voor het aannemen van causaliteit zijn vergelijkbaar met de criteria van de *conditio sine qua non* en de toerekening naar redelijkheid in het civiele schadevergoedingsrecht. De bewijslast ligt bij degene die een verzoek tot nadeelcompensatie indient.
3. **Abnormaliteit:** de schade mag niet binnen het normale maatschappelijke risico of binnen het normale ondernemersrisico vallen.
4. **Specialiteit:** het moet gaan om een speciale last (schade komt terecht bij een kleine groep van personen of enkele personen. Dus de kring van betrokkenen moet beperkt en duidelijk bepaalbaar zijn).
5. **Subsidiariteit:** De vergoeding wordt niet of kan niet op andere wijze worden gecompenseerd.

Als aan deze voorwaarden wordt voldaan rust er in principe een plicht tot schadevergoeding op het bestuursorgaan. Vervolgens moeten de inhoud en omvang van de schadevergoedingsplicht worden vastgesteld. Heeft verzoeker nagelaten redelijke maatregelen ter voorkoming of beperking van de schade te nemen, dan blijft de schade in zoverre ten laste van de verzoeker. De ontvanger van de nadeelcompensatie is overigens vrij de schadevergoeding te besteden op de wijze die hem goeddunkt.

Bij beoordeling van een verzoek om nadeelcompensatie is het noodzakelijk, eerst een op het individueel geval afgestemd advies van onafhankelijke deskundigen in te winnen, tenzij het verzoek kennelijke ongegrond of niet-ontvankelijk is of op eenvoudige wijze, zonder diepgaand onderzoek, kan worden vastgesteld dat het verzoek moet worden afgewezen. Dat onafhankelijke onderzoek wordt door de bestuursrechter min of meer geëist¹¹. Voor de beoordeling van het causaal verband en de schadebeperkingsplicht is onder meer van belang, hoe een redelijk handelend ondernemer (hier: een ziekenhuis) in de gegeven omstandigheden zou hebben gehandeld. Dit moet zoveel mogelijk op objectieve gegevens worden gebaseerd. De beoordeling kan echter, nadat de objectieve gegevens voldoende zijn geïnterpreteerd, (aanvullend) gebaseerd worden op de ervaring en intuïtie van de onafhankelijke deskundigen die het bestuursorgaan adviseren over de toekenning van nadeelcompensatie. In de praktijk bestaat een dergelijke Commissie vaak uit drie personen met voldoende materiedeskundigheid: veelal een jurist, een taxateur, en een accountant. De (aanvullende) betekenis van ervaring en intuïtie wordt dan door de rechter geaccepteerd.

Bij de individuele beoordeling ligt de bewijslast bij de steller, de instelling of persoon welke zegt nadeel te hebben geleden door het rechtmatige overheidsbesluit. Bij de beoordeling van specialiteit gaat het erom of de steller in vergelijking met anderen onevenredig zwaar wordt getroffen. Alleen het in vergelijking met anderen onevenredige nadeel hoeft te worden weggenomen. Dit is in het bijzonder van belang indien de steller met anderen in een concurrentie verhouding staat. Bij de beoordeling van causaliteit gaat het erom welke schade in zodanig verband staat met de schadeveroorzakende maatregelen dat zij aan het bestuursorgaan kunnen worden toegerekend als een gevolg van de schadeveroorzakende maatregelen. Daarbij zijn onder meer de aard van de schade en aansprakelijkheid van belang. De schade kan ook geheel of

¹⁰ Regeling nadeelcompensatie Verkeer & Waterstaat 1999; Stcrt. 1999, nr.172, blz. 8

¹¹ Uitspraak van de Afdeling Bestuursrechtspraak 5 maart 1997, AB 1996, 251.

gedeeltelijk het gevolg zijn van omstandigheden welke aan de benadeelde zelf kunnen worden toegerekend. Daarbij moet gedacht worden aan omstandigheden die naar heersende opvattingen tot de risicosfeer van de benadeelde zelf behoren, zoals bijvoorbeeld een ongezonde financiële situatie als gevolg van eigen doen en laten. Daarnaast leveren actieve en passieve risicoaanvaarding omstandigheden op die aan de benadeelde kunnen worden toegerekend. Hetzelfde geldt voor veronachtzaming van de schadebeperkingsplicht na de inwerkingtreding van de schadeveroorzakende maatregelen.

De draagkracht of de vermogenspositie van benadeelde mag in het kader van nadeelcompensatie – althans volgens de Hoge Raad - geen rol spelen. Speelt dit wel een rol dan leidt dit volgens de Hoge Raad¹² “tot een niet naar objectieve criteria te rechtvaardigen, slechts op individuele draagkrachtverschillen berustend onderscheid binnen de groep van getroffen ondernemers”.

In hoofdstuk 8 doet de Commissie een voorstel voor een nadeelcompensatieregeling voor ziekenhuizen.

¹² Uitspraak van de Hoge Raad in arrest Meiland/Staat; NJ 1998, 726.

5 Beoordeling en oplossingsrichting: overgangsregeling

In de hoofdstukken 3 en 4 heeft de Commissie drie bouwstenen – invoering prestatiebekostiging en risicodragende kapitaallasten, nadeelcompensatie en rekenmodel – beschreven zoals deze eruit zagen bij het aanvaarden van de opdracht. De Commissie werd gedurende haar werk geconfronteerd met nieuwe ontwikkelingen. Met de beleidswijzigingen van de minister¹³ komt de opdracht aan de Commissie en haar aanpak in een ander daglicht te staan.

In dit hoofdstuk gaat de Commissie in op de consequenties van deze beleidswijzigingen voor haar opdracht en aanpak en schetst de Commissie haar oplossingsrichting.

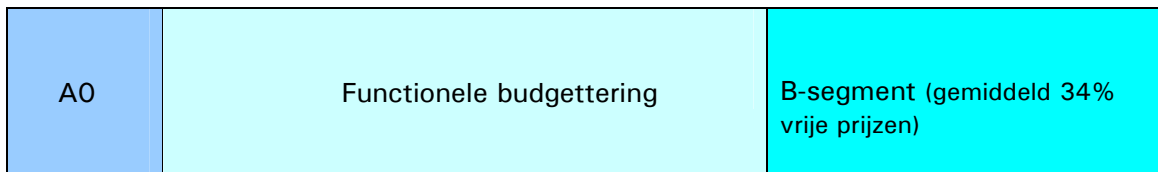
5.1 Veranderd beleid bij de invoering van prestatiebekostiging

De plannen voor de invoering van integrale bekostiging worden aangepast schrijft de minister eind mei 2008 aan de Tweede Kamer. Met ingang van 1 januari 2009 wordt het B-segment (prestatiebekostiging met vrije prijsvorming) uitgebreid naar gemiddeld¹⁴ 34% en blijft het systeem van functiegerichte budgettering bestaan (figuur 2). Bij dit besluit maakt de minister een belangrijk voorbehoud: iedere verdere uitbreiding van het B-segment zal – conform het Coalitieakkoord – vooraf gegaan moeten worden door een zorgvuldige evaluatie van voorafgaande stappen op basis van kwaliteit en toegankelijkheid. De maatstafconcurrentie wordt in 2009 niet ingevoerd en hiervoor in de plaats wordt een maatstaf-/prijnsbeheersingsinstrument ontwikkeld dat in 2010 ingevoerd kan worden. De inzet van dit instrument hangt verder af van de kostenontwikkeling, aldus de minister in zijn brief van 18 juli 2008 ‘NZa-monitor en uitbreiding B-segment’.

De aanpassingen in de invoering van prestatiebekostiging betekenen dat het grootste deel van de ziekenhuiszorg in 2009 bekostigd zal blijven worden via de functiegerichte budgettering. Voor het deel van de ziekenhuiszorg dat bekostigd blijft worden via het systeem van functiegerichte budgettering blijft de (gegarandeerde) kapitaallastenvergoeding voor “oude investeringen” in stand. De invoering van vrije prijzen over de hele breedte van de ziekenhuisproductie schuift met deze aanpassing naar achteren in de tijd.

De beleidswijziging betekent dat de nacalculatie van gebouwgebonden kapitaallasten (deels) blijft bestaan en noopte de Commissie haar opdracht en aanpak opnieuw te beoordelen.

Figuur 2 “Invoering integrale tarieven m.i.v. 1 januari 2009 zoals beschreven in de brief “Waardering voor betere zorg II”.



Tijdens een Algemeen Overleg op 10 september 2008 heeft de Vaste KamerCommissie ingestemd met de voorstellen van de minister.

¹³ Beleidswijzigingen zijn verwoord in de brieven van de minister aan de Tweede Kamer van 28 mei 2008 ‘Waardering voor betere zorg II’ en 18 juli 2008 ‘NZa-monitor en uitbreiding B-segment’.

¹⁴ De omvang van het B-segment verschilt per aanbieder. Gemiddeld wordt het B-segment 34% met ingang van 1 januari 2009, maar uitschieters naar boven en beneden komen voor.

5.2 Beoordeling en oplossingsrichting

De Commissie hecht eraan voorop te stellen dat zij het, mede vanuit de optiek van de nadeelcompensatie, belangrijk acht dat bij een omvangrijke systeemwijziging als de afschaffing van het bouwregime en de invoering van risicodragende kapitaallasten, een nieuw systeem geleidelijk wordt ingevoerd met behulp van een rechtmatige en zorgvuldige overgangsregeling. De recente beleidswijziging, - welke leidt tot een fasering in de afschaffing van nacalculatie op gebouwgebonden kapitaallasten – zorgt op zich al voor een zekere fasering van de systeemwijzigingen, maar het tempo en het eindplaatje zijn onzeker. Ook in het gewijzigde beleid kan voor een individuele instelling de variatie in de vergoeding voor kapitaallasten door de systeemwijziging groot zijn.

Daarom acht de Commissie ook in het nu vigerende systeem een overgangsregeling aangewezen. Voor een zorgvuldige en rechtmatige invoering van risicodragende kapitaallasten adviseert de Commissie een overgangsregime met hardheidsclausule te ontwikkelen. Uit de aard van kapitaallasten vloeit dat ook voort, de beïnvloedbaarheid op korte termijn is immers niet groot.

Pas na het invoeren van een zorgvuldige overgangsregeling kan toegekomen worden aan een regeling voor nadeelcompensatie. De Commissie verwacht dat een overgangsregeling tot gevolg heeft dat aanspraken op nadeelcompensatie beperkter zullen zijn.

Van buitenaf heeft de commissie ook signalen ontvangen die pleiten voor een overgangsregeling met hardheidsclausule.

Het Waarborgfonds voor de Zorgsector wijst de minister er op dat ziekenhuizen bij een cumulatie van negatieve gevolgen in de problemen kunnen raken omdat het absorptievermogen van ziekenhuizen voor financiële tegenvallers relatief beperkt is¹⁵. Ook geeft het Waarborgfonds aan dat het belangrijk is dat de overheid financieel aanspreekpunt is voor ziekenhuizen die in de problemen komen¹⁶.

De NVZ wijst de commissie op de moeizame onderhandelingen in het B-segment. In 2008 hadden de onderhandelingen voor het eerst ook betrekking op kapitaallasten. Ook de Nza wijst in haar monitor op de moeizame onderhandelingen. De NVZ geeft aan dat een goede overgangsgeregeling nodig is om duidelijkheid te verkrijgen over de ziekenhuisomzet in het B-segment. Ook de NZA heeft in die zin geadviseerd.

Bovendien biedt een overgangsregeling (meer) tijd voor uitvoering van het 'verbeterplan dbc's'. Een goed werkend en eenvoudiger dbc-systeem acht de Commissie een voorwaarde voor invoering van risicodragende kapitaallasten.

In zijn opdracht aan de Commissie vraagt de minister hem te adviseren over drie zaken:

1. criteria waaraan ziekenhuizen moeten voldoen om in aanmerking te komen voor nadeelcompensatie;
2. de wijze van berekening ter bepaling van nadeelcompensatie;
3. nadeelcompensatie voor een individueel ziekenhuis ten gevolge van de afschaffing van het bouwregime waaronder de nacalculatie voor gebouwgebonden kapitaallasten.

De beleidswijziging is van invloed op het tijdstip waarop nadeelcompensatie kan worden toegekend.

¹⁵ Brief van het Waarborgfonds voor Zorginstellingen aan de minister voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, dd 3 september 2007.

¹⁶ Financieel Dagblad van 24 september 2007: 'Waarborgfonds waarschuwt voor financiële situatie ziekenhuizen'.

Nadeelcompensatie is het sluitstuk van rechtmatige besluitvorming. Nu de invoering van vrije kapitaallasten is aangepast en in tijd naar achteren schuift, kan de Commissie geen uitspraken doen over toekenning van nadeelcompensatie in individuele gevallen (deel 3 van de opdracht aan de Commissie). Door de aanpassingen vindt afschaffing van de nacalculatie op gebouwgebonden kapitaallasten gefaseerd plaats. Hoe verder het B-segment zich uitbreidt, hoe kleiner het aandeel functionele bekostiging en hoe kleiner de nacalculatie op gebouwgebonden kapitaallasten. Het kan jaren duren voordat de besluitvorming over de afschaffing van het bouwregime en de nacalculatie op gebouwgebonden kapitaallasten voltooid en onherroepelijke geworden is. Kortom het kan jaren duren voordat toegekomen kan worden aan het sluitstuk van de rechtmatige besluitvorming: het toekennen van nadeelcompensatie.

De Commissie heeft een kasstroommodel doen ontwikkelen (Fakton) waarbij het model van Finance Ideas als uitgangspunt heeft gediend. Het model van Fakton kan gebruikt worden bij het berekenen van effecten van invoering van risicodragende kapitaallasten. Daarnaast reikt de Commissie de minister generieke en specifieke elementen aan voor een nadeelcompensatieregeling voor ziekenhuizen.

Met het door de Commissie in samenwerking met Fakton ontwikkelde rekenmodel, de overgangsregeling en elementen voor een regeling voor nadeelcompensatie meent de Commissie aan de drie onderdelen van haar opdracht te voldoen.

In de hierna volgende hoofdstukken werkt de Commissie haar oplossingsrichting en haar overwegingen daarbij verder uit. In hoofdstuk 6 wordt ingegaan op een overgangsregeling met hardheidsclausule, in hoofdstuk 7 komt het rekenmodel aan bod en in hoofdstuk 8 beschrijft de Commissie generieke en specifieke elementen voor een regeling nadeelcompensatie ziekenhuizen.

6 Rekenmodel: 'onderneming ziekenhuis'

6.1 Uitgangspunten rekenmodel

In het instellingsbesluit van de Commissie verwijst de minister naar de berekeningen die het ministerie en de NVZ gemaakt hebben op basis van een model dat door Finance Ideas is ontwikkeld. Met het ontwikkelde rekenmodel kunnen de financierings- en solvabiliteitsconsequenties van de stelselwijziging in beeld worden gebracht. De Commissie heeft daarom dat rekenmodel bestudeerd en heeft zich daarbij laten ondersteunen door externe deskundigen. Na bestudering van het model is de Commissie tot de slotsom gekomen dat - hoewel het door Finance Ideas ontwikkelde rekenmodel qua logische en rekentechnische uitgangspunten goed in elkaar zit - dit model te veel uitgaat van de leningstructuur van de ziekenhuizen en te weinig oog heeft voor de financiële structuur van het ziekenhuis als onderneming. De toekomstige werkelijkheid is echter dat er een vrije, concurrerende markt ontstaat. Een vrije markt waarin het ziekenhuis als onderneming opereert en integraal verantwoordelijk is voor zijn exploitatie. De Commissie acht het daarom aangewezen om uit te gaan van het ziekenhuis als onderneming.

De Commissie heeft daarom gemeend het FI-model als uitgangspunt te moeten nemen en dit op een aantal punten aan te passen en te verbeteren waardoor een realistischer model ontstaat. Los van de aanpassing van de parameters heeft de commissie het FI-model in die zin aangepast dat de restwaarde niet op nul gezet is. Dat zou namelijk betekenen dat het ziekenhuis zou ophouden te bestaan. De "going concern" gedachte betekent dat aangenomen wordt dat het ziekenhuis door blijft functioneren en dus waarde blijft behouden. De daarbij behorende investeringen in de laatste jaren van de beschouwingsperiode zijn natuurlijk in het model ingebracht.

In het rekenmodel van Fakton wordt uitgegaan van het ziekenhuis als onderneming en zijn veranderde parameters opgenomen. De voornaamste aanpassingen betreffen :

- Het ziekenhuis is een onderneming met het bijbehorende rationele financiële gedrag: 'wat kan de onderneming ziekenhuis aan omzet genereren?'.
 - De eindwaarde van het ziekenhuis wordt bepaald op basis van 'going concern' met een verouderingsfactor. Na 20 jaar wordt 50% van de nieuwbouwwaarde van een ziekenhuis geïnvesteerd in renovatie. Na een dergelijk renovatie beschikt de onderneming ziekenhuis weer over een operationeel ziekenhuis met huurpotentie. Ook na 40 jaar heeft het ziekenhuis op basis van de "going concern-gedachte" waarde.
 - Het groeipercentage wordt gesteld op 4% nominaal. Het groeipercentage is opgebouwd uit 2% autonome groei en 2% inflatie. Deze groeipercentages zijn gebaseerd op nieuwe informatie. De zorgsector groeit autonoom; als de economie in een recessie belandt blijft de zorgsector groeien. In 2007 groeide de Europese economie met 2,2 %, terwijl groei in de zorgsector met 4% toenam¹⁷. Dit groeipercentage is een gevolg van demografische ontwikkelingen en van veranderd consumentengedrag.
 - De rendementseis op eigen vermogen wordt gesteld op 6,7% (risico en inflatie). De zorgsector bestaat grotendeels uit stichtingen zonder winstoogmerk. Maatschappelijk rendement is genomen als uitgangspunt, dat betekent dat geen dividend wordt uitgekeerd en eventuele winsten worden toegevoegd aan het eigen vermogen. De Commissie heeft geen reden om aan te nemen dat instellingen op (korte) termijn winst

¹⁷ Uit Vastgoedmarkt/beleggingen juni –juli 2008 pagina 53: 'Beleggers vinden een veilige haven in zorgvastgoedland'.

- mogen maken. Daarnaast valt het buiten de opdracht van de Commissie om rekening te houden met toekomstige (onzekere) beleidswijzigingen.
- De gehanteerde disconteringsvoet wordt gesteld op 5,29%. Dit is lager dan de 6,68% in het FI-rekenmodel. Dit wordt veroorzaakt door de andere rendementseis op het eigen vermogen die Fakton hanteert (zie tabel 1) alsmede de andere verhouding tussen vreemd en eigen vermogen.
 - De financiële ruimte welke een instelling heeft voor huisvesting kan ook worden berekend met behulp van de zogenaamde residuele benadering: het berekenen van een theoretische omzethuur op basis van EBITDA¹⁸. De EBITDA is bepaald op basis van de jaarrekeningen van ziekenhuizen. Op basis van het rekenmodel van de Commissie leidt dit dan tot een theoretische huisvestingskosten dekking van 7,9%.
 - Uitgegaan wordt van een percentage eigen vermogen van 15% in het totale vermogen. Dit sluit aan bij aanbevelingen van het Waarborgfonds voor de Zorgsector¹⁹. Het Waarborgfonds acht een weerstandsvermogen van 10 à 15% gepast, gelet op de huidige fluctuaties in de exploitatieresultaten. Voor ziekenhuizen lijkt eerder 15% dan 10% als richtsnoer aan te bevelen. Voorwaarde voor dit uitgangspunt is wel dat de zekerheden en risico's voor de financiers niet aanzienlijk wijzigen.
 - Een variabele verdeling tussen eigen en vreemd vermogen afhankelijk van de cashflow ontwikkeling. Dit betekent: aflossen wanneer het kan, bijlenen wanneer het moet. Dit betekent overigens wel dat de Commissie anticipeert op actief leningen beheer. Een voorbeeld daarvan is beschreven door de voormalige financieel directeur van het Jeroen Bosch ziekenhuis²⁰ in Zorgmarkt van augustus 2008.
 - In tegenstelling tot het rekenmodel van Fakton worden in het rekenmodel van Finance Ideas trekkingsrechten meegenomen.

Zowel in het FI-rekenmodel dat een deel van sector hanteert als in het model van Fakton is geen rekening gehouden met de recente beleidswijzigingen van de minister. De modellen rekenen met een overgang in één keer van functiegerichte budgettering naar prestatiebekostiging onder een maatstaf. Een schematische vergelijking van de verschillen in de voornaamste parameters is te vinden in tabel 1. Het volledige rapport van Fakton is in bijlage 3 bij dit advies opgenomen.

Opgemerkt wordt dat bij het hanteren van het begrip omzet uitgegaan wordt van de continuïteit van het integrale ziekenhuis. In het geval sprake zou zijn van buiten het ziekenhuis plaatsen van bepaalde specialismen – in het recente verleden en in de toekomst – dan betekent dit een verlaging van de omzet en dat beïnvloedt de uitkomst van het model.

6.2 Uitkomsten berekeningen

De Commissie heeft het rekenmodel door Fakton laten doorrekenen voor alle ziekenhuizen. De berekeningen zijn uitgevoerd uitgaande van de gegevens die gebruikt werden voor het FI-onderzoek. Bij alle ziekenhuizen is een zelfde beschouwingperiode gehanteerd, 40 jaar, startend in 2007.

De door de ziekenhuizen aangeleverde omzet in 2005, de verwachte en voorgenomen investeringen, de boekwaarde van de financiering (exclusief trekkingsrechten) zijn één op één overgenomen.

De volgende drie aspecten stonden centraal in de opdracht aan Fakton:

¹⁸ EBITDA: Earnings, Before Intrests, Tax, Depreciation, Amortization

¹⁹ www.wfz.nl onder vermogensbeleid

²⁰ Zorgmarkt nr. 6, augustus 2008, pagina 24: 'Jeroen Bosch Ziekenhuis paste als eerste in de zorg rentemanagement toe'.

- geeft de waarde van de vastgoedexploitatie voldoende zekerheden voor de financiers;
- is er sprake van liquiditeitsproblemen;
- is een gezonde bedrijfsvoering mogelijk.

Tabel 1: vergelijking rekenmodel Finance Ideas en Fakton

	Finance Ideas	Fakton
a.	Corporate Finance/Lening aanpak: Lening is aflossingsvrij	Business Finance valuation: Ziekenhuis is bedrijf/onderneming Cashflow overschotten/tekorten worden aangewend om een deel van de uitstaande lening te verlagen/verhogen
b.	Eindwaarde na 40 jaar is grondwaarde	Eindwaarde na 40 jaar is going concern met verouderingsfactor. Argument: rond 20 jaar wordt 50% van de nieuwbouwwaarde geïnvesteerd in renovatie.
c.	Groefactor is 2,3%: autonome groei (0,8%) en inflatie (1,5%)	Groefactor is 4%: autonome groei (2%) en inflatie (2%)
d.	Rendement EV: 9% (vrije markt)	Rendement EV 6,7% (risico en inflatie); geen dividend, winsten worden toegevoegd aan eigen vermogen.
e.	Rekenrente VV: 4,56%	Idem als bij Finance Ideas
f.	Disconteringsvoet: 6,68%	Disconteringsvoet: 5,29%
g.	Normatieve huisvestingscomponent/ theoretische huur: 7,4%	Theoretische huur op basis van EBITDA ²¹ benadering (residuele benadering): 7,9% voor huisvestingscomponent.
h.	Berekeningswijze bedrijfswaarde: - Aandeel van 30% eigen vermogen - Constante vermogensverdeling EV en VV	Berekeningswijze bedrijfswaarde: - Aandeel van 15% eigen vermogen (huidige branche gemiddelde en Waarborgfonds) - Variabele vermogensverdeling EV en VV (overtollige liquide middelen worden gebruikt om de externe financiering af te lossen)
i.	Trekkingsrechten meegenomen	Trekkingsrechten niet meegenomen

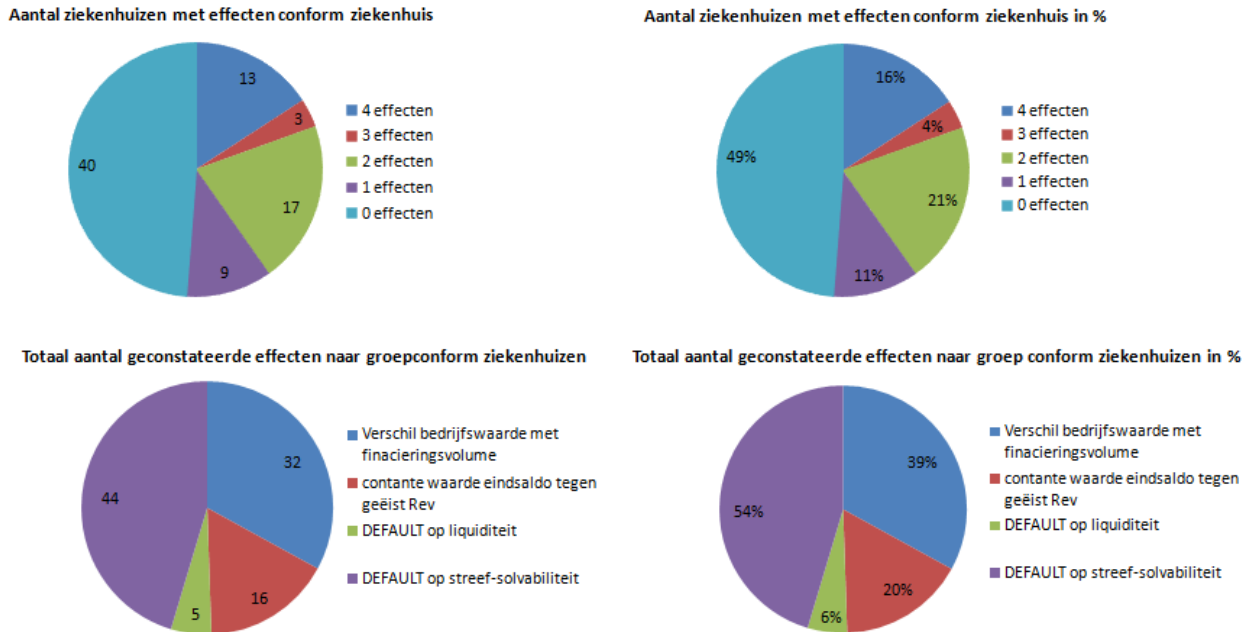
Fakton heeft deze zaken getoetst door te controleren of er na de berekeningen sprake is van:

- Een lagere bedrijfswaarde dan de totale financieringslast van het vastgoed bij aanvang van de beschouwingperiode;
- Een negatief restsaldo nadat de financiering aan het eind van de beschouwingsperiode wordt afgelost uit de denkbeeldige verkoop van het vastgoed (liquidatiesaldo);
- Een liquiditeitseffect tijdens de beschouwingperiode ingeval de interest coverage rate niet gehaald wordt;
- Een solvabiliteitseffect in de eerste vijf jaar van de beschouwingperiode ingeval de streefsolvabiliteit van 15% niet gehaald wordt.

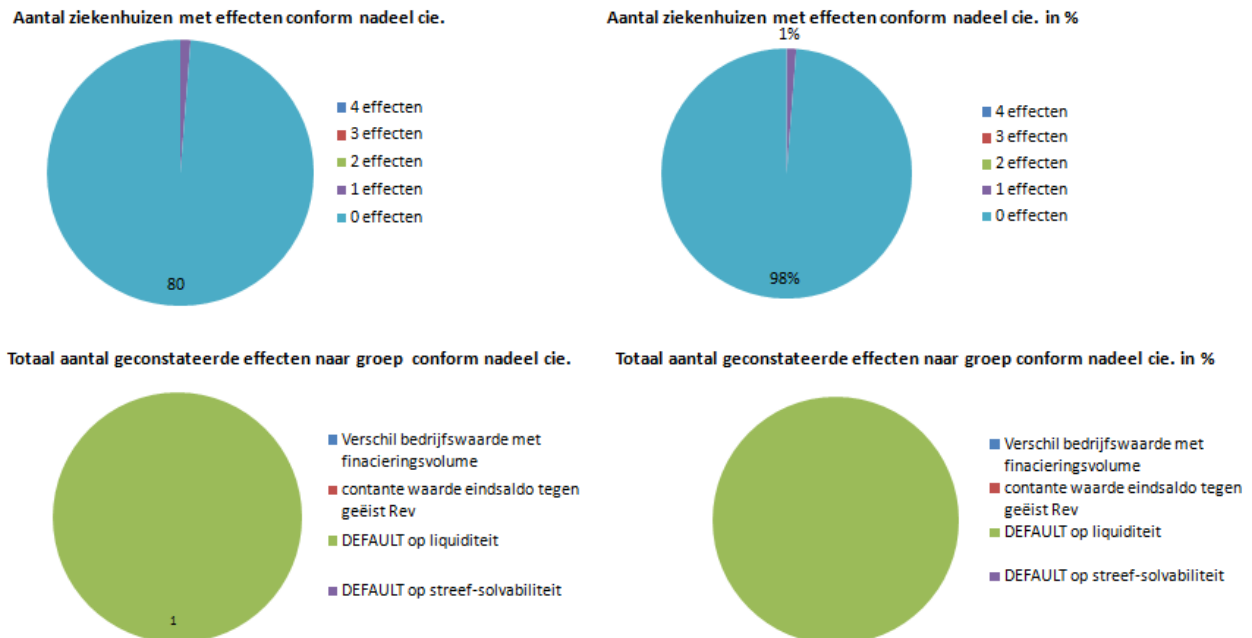
²¹ EBITDA = **E**arnings, **B**efore, **I**nterests, **T**ax, **D**epreciation, **A**mortization

Zoals uit figuur 3 blijkt ligt, volgens de FI-berekeningen, de bedrijfswaarde bij 39% van de beschouwde ziekenhuizen bij aanvang van de beschouwingperiode onder de totale financieringslast. Waarmee een nadeel zou kunnen worden ervaren indien de banken de financiering niet continueren. De contante waarde van het restsaldo bij aflossing van de financiering aan het eind van de beschouwingperiode (liquidatiesaldo) is bij 20% negatief. Bij circa 6% van het aantal beschouwde ziekenhuizen treedt onder de genoemde aannamen een liquiditeitseffect tijdens de beschouwingperiode op. Gedurende de eerste 5 jaar van de beschouwingperiode wordt bij circa 54% van het aantal beschouwde ziekenhuizen de streefsolvabiliteit van 15% niet gehaald.

FIGUUR 3: resultaten op basis van FI-cijfers



FIGUUR 4: resultaten op basis van FI-cijfers en Fakton modificaties



Een kanttekening kan worden geplaatst bij de gevoeligheid voor uitkomsten ten gevolge van de input. Vooral de aannamen inzake indexering, restwaardebenadering en de Theoretische Omzet Huur (TOH) zijn hierbij doorslaggevend. Een geringe aanpassing daarvan maakt dat er geen tekort meer bestaat tussen de bedrijfswaarde en de financieringslast.

Onder de input en aannamen van de Commissie en Fakton (zoals beschreven in paragraaf 6.1) ligt bij geen van de beschouwde ziekenhuizen de bedrijfswaarde bij aanvang van de beschouwingperiode onder de financieringslast. Bij één ziekenhuis treedt kortstondig onder de genoemde aannamen een liquiditeitseffect op. Gedurende de eerste 5 jaar van de beschouwingperiode wordt bij alle ziekenhuis de streefsolvabiliteit van 15% gehaald.

Op basis van de uitgevoerde berekeningen constateert Fakton dat bij geen van de onderzochte ziekenhuizen sprake is van:

1. Een lagere bedrijfswaarde dan de totale financieringslast van het vastgoed bij aanvang van de beschouwingperiode;
2. Een negatief restsaldo nadat de financiering aan het eind van de beschouwingsperiode wordt afgelost uit de denkbeeldige verkoop van het vastgoed (liquidatiesaldo);
3. Een liquiditeitseffect tijdens de beschouwingperiode ingeval de interest coverage rate niet gehaald wordt (met uitzondering van een ziekenhuis);
4. Het niet-halen van de streefsolvabiliteit van 15% in de eerste vijf jaar van de beschouwingperiode.

Daarmee is binnen de grenzen en afbakening van het model geen sprake van beperking van het weerstandvermogen en of liquiditeitseffecten bij de ziekenhuizen.

De Commissie merkt op dat bij de berekeningen welke Fakton heeft uitgevoerd niet zijn meegenomen:

- De recente beleidswijziging van de minister waardoor de kapitaallasten vergoeding gefaseerd wordt afgeschaft;
- Het voordeel voor een nieuwbouw ziekenhuis in het eerste jaar na oplevering van 9% omzetstijging (zie brief College Bouw Zorginstellingen in bijlage 2).

De uitkomsten van het rekenmodel tonen dat de negatieve effecten van de stelselwijziging naar het zich laat aanzien beperkt zullen zijn. Toch acht de Commissie het belangrijk dat een omvangrijke systeemwijziging als afschaffing van het bouwregime en de invoering van risicodragende kapitaallasten geleidelijk wordt ingevoerd. Overigens geven de uitkomsten van het Faktonmodel voor de korte termijn ook aanleiding tot een overgangsregeling.

7 Overgangsregeling met hardheidsclausule

Instellingen hebben op dit moment weinig zekerheid over de afschaffing van nacalculatie op gebouwgebonden kapitaallasten. Bovendien is het proces nog aan wijziging onderhevig. De Commissie acht het noodzakelijk bij een grote systeemwijziging als de afschaffing van het bouwregime en de nacalculatie op gebouwgebonden kapitaallasten, de overgang geleidelijk te laten plaatsvinden middels een zorgvuldige overgangsregeling met hardheidsclausule.

7.1 Formele en materiële argumenten voor een overgangsregeling

De Commissie adviseert de minister een overgangsregeling op het punt van de kapitaallasten te ontwikkelen en wel om de volgende redenen:

- Een overgangsregeling ziet op alle ziekenhuizen en strekt ter voorkoming van het ontstaan van moeilijkheden als gevolg van de afschaffing van het bouwregime en de nacalculatie op gebouwgebonden kapitaallasten.
- Een overgangsregeling biedt zekerheid en duidelijkheid. Betrokken partijen verkeren momenteel in onzekerheid, de horizon bij invoering van vrije kapitaallasten reikt op dit moment niet verder dan 2009. Onduidelijk is hoe de invoering na 2009 verloopt. Partijen hebben behoefte aan zekerheid om onderhandelingen te kunnen voeren en het investeringsniveau op peil te kunnen houden. In de monitor Ziekenhuiszorg²² geeft de NZa aan dat '..... ook een aantal ingevoerde veranderingen in de ziekenhuiszorgmarkt invloed heeft op de onderhandelingen, zoals de discussie over het aandeel kapitaallasten in de prijzen en de werkwijze van de Commissie 'nadeelcompensatie afschaffing bouwregime' en de voorbereiding van het B-segment en de onduidelijkheid rond de voorlopige budgetschoning'.
- vanuit juridisch oogpunt is een overgangsregeling zorgvuldig en versterkt het de rechtmatigheid van de besluiten.
- een overgangsregeling heeft het bestuurlijke voordeel dat er ruimte is om bij onvoorziene zaken die zich voordoen bij de invoering van risicodragende kapitaallasten relatief eenvoudig bij te kunnen sturen.

De Commissie verwacht dat met een overgangsregeling de aanspraken op nadeelcompensatie beperkt zullen zijn. Overigens geven ook de uitkomsten van het Faktonmodel voor de korte termijn aanleiding tot een overgangsregeling.

Belangrijke juridische elementen bij de ontwikkeling van een overgangsregeling:

- de belangen van de betrokken partijen zijn afgewogen.
- het verdient aanbeveling een overgangsregeling te ontwerpen waardoor het oude regime na de inwerkingtreding van het nieuwe tijdelijk van toepassing blijft op bepaalde feiten of verhoudingen.
- gebruikelijk is een overgangstermijn van drie à vier jaar. Dit sluit ook aan bij systeemwijzigingen in het verleden waar ook een termijn van drie à vier jaar is gekozen.

Mogelijke uitwerking van overgangsregeling

De Commissie heeft voorkeur voor een overgang waarbij iedere overheveling van het A-segment naar het B-segment via een overgangsregeling op het punt van de kapitaallasten wordt

²² Monitor Ziekenhuiszorg 2008 – een analyse van de marktontwikkelingen in het B-segment in 2008, juli 2008

gefaseerd. Maar andere uitwerkingen met dezelfde intentie zijn wellicht mogelijk. Bij deze fasering zijn de individuele percentages per ziekenhuis uitgangspunt. Voor de overgehevelde producten geldt dan dat kapitaallasten bij een overgangstermijn van drie jaar voor 33% risicodragend worden in jaar één, 66% in jaar twee en 100% in jaar drie (of bij een overgangstermijn van 4 jaar: 25% in jaar één, 50% in jaar twee, 75% in jaar drie en 100% in jaar vier).

Vanaf 1 januari 2008 zijn kapitaallasten voor gemiddeld 20% van de ziekenhuisbesteding risicodragend geworden. In lijn met dit advies lijkt het logisch om ook voor deze uitbereiding van het B-segment met terugwerkende kracht de overgangsregeling te laten gelden. Doordat hier sprake is van een begunstigende overgangsregeling die onderdeel is van het nieuwe systeem is terugwerkende kracht juridisch mogelijk. De Commissie plaatst bij een terugwerkende kracht wel een kanttekening, immers de prijzen voor 2008 zijn al afgesproken en gedeclareerd.

Tenslotte acht de Commissie het wenselijk de overgangsregeling met ingang van 1 januari 2009 - gelijktijdig met de uitbreiding van het B-segment – in te voeren. Het ontwikkelen van een gedetailleerd overgangsregime valt buiten de opdracht van de Commissie. De Commissie meent dat de NZa de aangewezen instantie is om deze te ontwikkelen en uit te voeren.

7.2 Hardheidsclausule

De vraag kan gesteld worden of een overgangsregeling alleen voldoende is. Nadeelcompensatie vindt plaats aan het einde van de systeemwijziging. Tijdens de overgang kunnen zich individuele problemen voordoen welke niet op korte termijn door een nadeelcompensatieregeling kunnen worden opgelost.

De minister heeft aan de Tweede Kamer en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen aangegeven dat hij wil voorkomen dat ziekenhuizen in onoverkomelijke financiële problemen komen.

In zijn brief "met zorg ondernemen" van 9 juli 2007 aan de Tweede Kamer schrijft de minister: *"Aldus bezien is het onze verwachting dat het overgrote deel van de ziekenhuizen de overgang zonder problemen zal kunnen maken. Voor een beperkt aantal is dat op voorhand niet zeker. Ik wil voorkomen dat ziekenhuizen door deze invoering van integrale tarieven in onoverkomelijke problemen komen."*

Aan de NVZ schrijft de minister op 4 december 2007:

*"Ziekenhuizen die verwachten in onoverkomelijke problemen te komen kunnen zich wenden tot een door mij in te stellen Commissie van wijzen. Opdracht en samenstelling worden in nauw overleg tussen VWS en de NVZ bepaald. Causaliteit, eigen draagkracht en het voorkomen van onbillijke achteruitgang in de solvabiliteit vormen het uitgangspunt voor de beoordeling door de Commissie"*²³.

In het instellingsbesluit van de Commissie geeft de minister aan dat:

"een ziekenhuis onevenredig zwaar getroffen dient te zijn in vergelijking met andere ziekenhuizen. Er is in ieder geval sprake van een onevenredig zwaar getroffen ziekenhuis als, als gevolg van de maatregel binnen afzienbare tijd de solvabiliteit in onevenredige mate achteruitgaat".

"alleen onevenredige schade wordt gecompenseerd: indien de solvabiliteit niet verder zakt dan tot een nader te bepalen minimum en/of met een nader te bepalen omvang dan komt de instelling niet in aanmerking voor compensatie".

²³ De commissie ziet voor haar zelf geen taak bij de individuele beoordeling nu deze door de recente beleidswijzigingen in tijd verder naar achteren schuift.

Vanuit juridisch oogpunt is het kwetsbaar om bij het toekennen van nadeelcompensatie de draagkracht van een instelling een rol te laten spelen. Dit leidt volgens de Hoge Raad²⁴ tot "niet naar objectieve criteria te rechtvaardigen, slechts op individuele draagkrachtverschillen berustend onderscheid binnen de groep van getroffen ondernemers".

Het ontwikkelen van een overgangsregeling voor kapitaallasten zorgt voor zekerheid en duidelijkheid. Het is niet aannemelijk dat ten gevolge van de invoering van risicodragende kapitaallasten instellingen in 'onoverkomelijke financiële problemen' komen. Een hardheidsclausule vormt nog een extra en bijzonder vangnet. Het biedt de minister de mogelijkheid om in die gevallen waarin de overgangsregeling gegeven de doelstelling en de strekking toch een onbillijkheid van overwegende aard zou opleveren, een onderdeel van het traject buiten toepassing te verklaren of daarvan af te wijken. Een hardheidsclausule is maatwerk en ziet op die instellingen die ten gevolge van de afschaffing van het bouwregime en de nacalculatie op gebouwgebonden kapitaallasten in moeilijkheden komen. De overgangsregeling geldt voor alle instellingen en strekt ter voorkoming van het ontstaan van moeilijkheden als gevolg van de afschaffing van het bouwregime en de invoering van risicodragende kapitaallasten. Toepassing van de hardheidsclausule zou kunnen uitmonden in een achtergestelde lening of een voorwaardelijke toekenning.

De Commissie onderkent dat bij het opnemen van een hardheidsclausule in een overgangsregeling mogelijk een toeloop van verzoeken om toepassing van de hardheidsclausule kan ontstaan. Om dit nadeel zoveel mogelijk te beperken is het noodzakelijk om een goede motivering en een duidelijk criterium op te nemen ten aanzien van toepassing van de hardheidsclausule.

De Commissie adviseert de minister het eerder aangegeven criterium te gebruiken dat een instelling niet in onoverkomelijke financiële problemen mag raken. Op basis van het rekenmodel kan inzichtelijk worden gemaakt wat de financiële positie van een instelling is en hoe deze zich ontwikkelt ten gevolge van de invoering van risicodragende kapitaallasten.

7.3 Aandachtspunten

Bij de uitvoering van haar opdracht is de Commissie tegen een aantal punten aangelopen die zij graag onder de aandacht van de minister wil brengen.

Immateriële vaste activa

Een groot deel van de zogenaamde immateriële vaste activa is WTZi goedgekeurd. Het is de Commissie bekend dat dit in sommige gevallen om substantiële bedragen kan gaan en daarom acht de Commissie het aangewezen de immateriële vaste activa mee te nemen in de te ontwerpen overgangsregeling, temeer omdat in het rekenmodel geen rekening is gehouden.

'Bouwstop'

Er is momenteel een situatie waarin instellingen zelf verantwoordelijk zijn voor de investeringsbeslissingen maar daar door het handhaven van de functiegerichte budgettering slechts ten dele toe in staat zijn. Instellingen zijn vrij om te investeren maar hebben nog niet de mogelijkheid om die nieuwe investeringen via de productie terug te verdienen. Moeizaam verlopende contractonderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars vergroten de onzekerheid.

De onzekerheid heeft tot gevolg dat instellingen hun investeringsbeslissingen uit stellen. De Commissie vindt deze hybride situatie niet wenselijk, zeker nu deze situatie tot ten minste 2010 zal duren. Indien deze hybride situatie ook na 1 januari 2010 zou blijven voortbestaan adviseert

²⁴ Uitspraak van de Hoge Raad in arrest Meiland/Staat; NJ 1998, 726.

de Commissie om nieuwe investeringen alsnog (tijdelijk) voor nacalculatie in aanmerking te brengen. Naar rato van de verhouding budgetdeel-vrij segment-deel natuurlijk. Toetsing vooraf van een dergelijke investering acht de Commissie niet nodig omdat op voorhand duidelijk is dat een aanzienlijk deel van die investering via het vrije segment terugverdiend zal moeten worden. Dat zal ziekenhuizen ervan weerhouden onverstandige investeringen te doen.

Trekkingsrechten

Bij volledige invoering van prestatiebekostiging per 1 januari 2009 zouden de trekkingsrechten per diezelfde datum geen functie meer hebben. Logisch was geweest om bij het risicodragend maken van gemiddeld 20% van de kapitaallasten met ingang van 1 januari 2008, ook de opgebouwde trekkingsrechten met 20 % te verminderen.

Nu het vrije segment wordt uitgebreid tot 34 % acht de commissie het voor de hand liggend om de opgebouwde trekkingsrechten met 34% te verminderen. Dit heeft overigens geen consequenties voor de overgangsregeling en is in lijn met hetgeen de Commissie hiervoor over de bouwstop adviseert.

Waarborgfonds voor de Zorginstellingen

In de zorgsector is op het gebied van efficiencyverbetering en het meer bedrijfsmatig benaderen van investeringsprojecten nog winst te boeken. Het Waarborgfonds speelt onmiskenbaar een rol bij deze bedrijfsmatiger benadering. Zo dient elke nieuwe investeringsaanvraag van een zorginstelling gepaard te gaan met een business plan. Een groot deel van de ziekenhuizen kan gebruik maken van de garantiestellingen van het Waarborgfonds voor de Zorginstellingen. Dit bevordert de continuïteit van financiering en houdt de kapitaallasten voor instellingen lager. De minister heeft aangegeven dat de rol van de rijksoverheid in het Waarborgfonds tot ten minste 2012 gehandhaafd blijft. De Commissie acht het aan te bevelen om deze rol te handhaven tot ten minste het moment dat risicodragende kapitaallasten volledig zijn ingevoerd (tot het transitieproces is voltooid).

7.4 Budgettaire consequenties

De adviezen om een overgangsregeling te ontwikkelen en om nieuwe (bouw)investeringen bij een langdurige hybride situatie alsnog (tijdelijk) voor nacalculatie in aanmerking te brengen, hebben mogelijk financiële implicaties. Een en ander is afhankelijk van de vormgeving van de overgangsregeling. Daar staat tegenover dat de Commissie verwacht dat een overgangsregeling en het tijdelijk nacalculeren van investeringen bij een langdurige hybride financiering, tot gevolg heeft dat aanspraken op nadeelcompensatie waarschijnlijk beperkt zullen zijn.

8 Nadeelcompensatie voor ziekenhuizen

In dit hoofdstuk beschrijft de Commissie een aantal generieke en specifieke elementen voor een nadeelcompensatieregeling voor ziekenhuizen.

8.1 Nadeelcompensatie bij ziekenhuizen

De afschaffing van het bouwregime waaronder nacalculatie gebouwgebonden kapitaallasten, vindt niet in één besluit in één stap plaats. De afschaffing krijgt vorm in algemeen verbindende voorschriften, aanwijzingen, beleidsregels en beschikkingen op grond van de Wet op de Toelating Zorginstellingen en de Wetmarktordening gezondheidszorg. Door de beleidsaanpassingen in het invoeringstraject van integrale bekostiging vindt afschaffing van de nacalculatie op gebouwgebonden kapitaallasten gefaseerd plaats, namelijk door een geleidelijke uitbreiding van het B-segment. Hoe verder het B-segment zich uitbreidt, hoe kleiner het aandeel functionele bekostiging en hoe kleiner de nacalculatie op gebouwgebonden kapitaallasten. Het kan jaren duren voordat de besluitvorming over de afschaffing van het bouwregime en de nacalculatie op gebouwgebonden kapitaallasten voltooid en onherroepelijk geworden is. Een volledige identificatie en kennisneming van de diverse besluiten in het afschaffingstraject is onmisbaar.

Het leerstuk van de nadeelcompensatie biedt geen ruimte om in deze fase van de systeemwijziging toe te komen aan het toekennen van nadeelcompensatie aan individuele instellingen. Nadeelcompensatie is een sluitstuk, een aanspraak welke pas definitief beoordeeld kan worden als de schadeveroorzakende appelabele besluiten onherroepelijk zijn geworden. De Commissie vindt wel dat het leerstuk van de nadeelcompensatie de minister een goed handvat geeft om aan het einde van het overgangstraject die instellingen te compenseren welke door de overgang onevenredig benadeeld zijn in hun concurrentiepositie ten opzichte van de overige ziekenhuizen.

Toekenning van nadeelcompensatie kan – bij voorkeur - plaats vinden op basis van een vooraf gepubliceerde nadeelcompensatieregeling. Hoewel nadeelcompensatie een sluitstuk is kan een nadeelcompensatieregeling min of meer gelijktijdig met de andere instrumenten van het overgangsregime worden vastgesteld.

Een nadeelcompensatieregeling kan bijdragen aan de legitimatie van de schade veroorzakende maatregelen, vermindert vaak het aantal bezwaar- en beroepschriften tegen de schadeveroorzakende maatregelen en vereenvoudigt de positie van het bestuursorgaan in het verweer tegen de overblijvende bezwaar- en beroepsprocedures. Aan het bezwaar dat onevenredige schade wordt geleden is immers tegemoet gekomen. In paragraaf 8.2 gaat de Commissie in op generieke en specifieke elementen voor zo'n nadeelcompensatieregeling. Het is gebruikelijk om voor de individuele beoordeling op het recht van nadeelcompensatie gebruik te maken van een schadebeoordelingscommissie en hierin drie onafhankelijke deskundigen te benoemen: een (nadeelcompensatie)jurist, een taxateur en een accountant. De Commissie ziet voor haar zelf geen taak bij de individuele beoordeling nu deze in tijd verder naar achter schuift en de expertise van deze Commissie niet ligt in het beoordelen van individuele schadegevallen.

Instellingen hebben een schadebeperkingsplicht. Maatgevend bij het bepalen van deze plicht is niet wat de benadeelde feitelijk doet, maar wat een redelijk handelende partij in de gegeven omstandigheden, geconfronteerd met de nieuwe werkelijkheid zou doen. Benadeelde partijen kunnen zich niet gedragen alsof er niets veranderd is. De nieuwe werkelijkheid is dat er een vrije, concurrerende markt ontstaat. Een vrije markt waarin de onderneming ziekenhuis opereert en integraal verantwoordelijk is voor zijn exploitatie. In een dergelijke markt past het niet om

risico's af te wentelen op de overheid. Instellingen dienen zelf de broek op te houden. Wel mogen instellingen van de overheid een zorgvuldige en rechtmatige overgang verwachten.

8.2 Generieke en specifieke elementen regeling nadeelcompensatie ziekenhuizen

Bij het vaststellen van een ministeriële regeling nadeelcompensatie ziekenhuizen kunnen de nadeelcompensatieregeling van Verkeer en Waterstaat 1999²⁵ en de tekst voor het voorontwerp voor de Wet nadeelcompensatie en schadevergoeding bij onrechtmatige besluiten²⁶ als leidraad dienen. In dit voorontwerp wordt het *égalité*beginsel gecodificeerd als rechtsgrondslag voor nadeelcompensatie. Doelstelling van het voorontwerp is dat de diverse wettelijke en buitenwettelijke nadeelcompensatieregelingen zo veel mogelijk worden geharmoniseerd om de overzichtelijkheid van het nadeelcompensatierecht te vergroten. Het verdient aanbeveling voordat de nadeelcompensatieregeling voor ziekenhuizen wordt vastgesteld na te gaan wat de stand van zaken is rond dit Voorontwerp van wet.

Instellingen kunnen pas aanspraak maken op definitieve toekenning van nadeelcompensatie als de rechtmatige overheidsdaad – in casu de afschaffing van het bouwregime waaronder nacalculatie gebouwgebonden kapitaallasten en de besluiten waarin deze afschaffing gestalte krijgt – onherroepelijk is geworden.

De volgende generieke elementen dienen onderdeel te zijn van een nadeelcompensatieregeling:

- Recht op schadevergoeding bestaat indien een instelling in vergelijking met anderen instellingen onevenredig nadeel ondervindt van de afschaffing van het bouwregime waaronder de nacalculatie gebouwgebonden kapitaallasten;
- Toekenning van schadevergoeding gebeurt op verzoek. De schriftelijke aanvraag bevat de naam en het adres van de verzoeker, de dagtekening, duidt de schadeoorzaak aan en bevat een opgave van de geleden of te lijden schade, het gestelde bedrag van de schade en een specificatie daarvan;
- Schade moet kunnen worden toegerekend aan de schadeveroorzakende maatregelen. Het gaat erom welke schade in zodanig verband staat met de schadeveroorzakende maatregelen dat zij aan het bestuursorgaan kunnen worden toegerekend. In beschouwing genomen mag worden welke factoren aan de benadeelde zelf kunnen worden toegerekend. Daarbij kan gedacht worden aan omstandigheden die al bestonden voorafgaand aan de schadeveroorzakende maatregelen en die tot de risicosfeer van de benadeelde zelf behoren bijvoorbeeld een ongezonde financiële situatie welke het gevolg is van het eigen doen en laten. Schadeposten die zijn ontstaan voordat de schadeveroorzakende maatregelen in werking zijn getreden, worden – behoudens uitzonderingen - niet vergoed omdat niet voldaan wordt aan het vereiste van causaal verband. Denk aan aanpassing van bouwplannen, stopzetten van een aanbesteding, temporisering van bouwplannen.
- Schade blijft ten laste van de aanvrager als:
 - o- Hij het risico van het ontstaan van schade heeft aanvaard. In beschouwing mag worden genomen welke risico's de benadeelde actief dan wel passief heeft aanvaard. Actieve risicoaanvaarding doet zich bijvoorbeeld voor bij ziekenhuizen die geïnvesteerd hebben nadat zij op grond van gepubliceerde beleidsvoornemens rekening moesten houden met de mogelijkheid van een wijziging. Van passieve risicoaanvaarding kan sprake zijn

²⁵ Regeling Nadeelcompensatie Verkeer en Waterstaat 1999, gepubliceerd in Staatscourant 1999, nr. 172/ pagina 8.

²⁶ Voorontwerp van de Studiegroep Schadevergoeding bij rechtmatige en onrechtmatige overheidsdaad, 4 mei 2007. Dit voorontwerp bevat een voorstel tot aanvulling van de Algemene wet bestuursrecht met betrekking tot twee onderwerpen: een algemene regeling voor nadeelcompensatie en een procedurele regeling bij vergoeding van schade als gevolg van onrechtmatige besluiten. Dit voorontwerp is in juni 2007 openbaar gemaakt.

als de benadeelde na publicatie van het beleidsvoornemen juist heeft afgezien van de mogelijkheden die het oude regime nog bood.

- o- Hij heeft nagelaten redelijke maatregelen ter voorkoming of beperking van de schade te nemen.

In beschouwing mag worden genomen dat de benadeelde ook na de inwerkingtreding van de schadeveroorzakende maatregelen een schadebeperkingsplicht heeft. Maatgevend voor deze schadebeperkingsplicht is niet wat de benadeelde feitelijk doet, maar wat een redelijk handelende partij in de gegeven omstandigheden, geconfronteerd met de nieuwe werkelijkheid zou doen. Benadeelde partijen kunnen zich niet gedragen alsof er niets veranderd is. De nieuwe werkelijkheid is dat er een vrije markt ontstaat. De beoordeling moet plaats vinden aan de hand van objectieve mogelijkheden van de individuele benadeelde. De benadeelde is gehouden het redelijke te doen. Niemand is gehouden tot het onmogelijke. De schadebeoordelingsCommissie kan beoordelen op welk wijze het betrokken ziekenhuis redelijkerwijs zijn productie kan optimaliseren, zijn inkomsten kan verhogen, en de kosten kan verlagen (of dit alles had kunnen doen). Ook speelt een rol op welke (andere) wijze het overtollige of te dure onroerend goed (beter) rendabel kan worden gemaakt en kunnen gunstige exploitatiemogelijkheden als gevolg van recente nieuwbouw in aanmerking worden genomen.

- o- De vergoeding van de schade anderszins is verzekerd;
- Schade omvat ook:
 - o- de redelijke kosten ter voorkoming of beperking van de schade;
 - o- de wettelijke rente vanaf de ontvangst van de aanvraag;
 - o- redelijke kosten van deskundige bijstand voor het vaststellen van de schade;
- Verrekening van voordeel, levert de schadeoorzaak voor de benadeelde ook voordeel op dan wordt dit voordeel bij de vaststelling van de te vergoeden schade in aanmerking genomen;
- de individuele beoordeling van de aanvragen vindt plaats door een onafhankelijke schadebeoordelingscommissie;
- het bestuursorgaan beslist binnen zes maanden na ontvangst van de aanvraag en kan deze termijn met ten hoogste zes maanden verdagen.
- Het bestuursorgaan legt zijn oordeel over de aanspraak neer in een besluit. Is de benadeelde het niet met dit besluit eens, dan is bezwaar en vervolgens beroep bij de bestuursrechter mogelijk.
- De peildatum voor het ontstaan van de aansprakelijkheid voor de overheid is de datum van inwerkingtreding van het schadeveroorzakende besluit.

Een schadebeoordelingscommissie beoordeelt de aanvragen van de benadeelden. De beoordeling moet zoveel mogelijk op objectieve gegevens worden gebaseerd. De beoordeling kan, nadat de objectieve gegevens voldoende zijn geïnventariseerd, ook (aanvullend) gebaseerd worden op de ervaring en intuïtie van de onafhankelijke deskundigen die het bestuursorgaan adviseren over de toekenning van de nadeelcompensatie.

Naast de elementen afkomstig uit het leerstuk van de nadeelcompensatie kan een specifiek element welke verbonden kan worden aan het recht op nadeelcompensatie in de regeling opgenomen worden, namelijk de schadebeperkingsplicht van de benadeelde. Bij de schadebeperkingsplicht mag rekening worden gehouden met gunstige exploitatiemogelijkheden als gevolg van recente nieuwbouw. Gunstige exploitatiemogelijkheden als gevolg van recente nieuwbouw kunnen wellicht ook van belang zijn voor het antwoord op de vraag of sprake is van onevenredige schade in vergelijking tot overige ziekenhuizen.

8.3 Wie keert de compensatie uit

Een nadeelcompensatieregeling vergroot de legitimatie van de schadeveroorzakende maatregelen, vermindert het aantal bezwaar- en beroepschriften tegen de schadeveroorzakende maatregelen en vereenvoudigt de positie van het bestuursorgaan in het verweer tegen de overblijvende bezwaar- en beroepschriften. Om deze voordelen te behouden verdient het aanbeveling om schadeveroorzakende maatregelen en het nadeelcompensatietraject procedureel ontkoppeld te houden. In het kader van deze ontkoppeling verdient het geen aanbeveling de nadeelcompensatie te laten toekennen door de Nederlandse Zorgautoriteit in de vorm van toevoegingen aan het budget op basis van de FB-systematiek. Kent de NZa de nadeelcompensatie toch toe dan leidt dit tot (juridische) complicaties zoals:

- de NZa neemt bij het vaststellen van een budgetwijziging en/of een aangepaste tariefbeschikking een voor bezwaar en beroep vatbaar besluit zonder inhoudelijk bij het primaire besluit betrokken te zijn geweest;
- Afwikkeling via de budgetten bereidt het aantal WMG-partijen uit (verzekeraars worden betrokken door afrekening van de budgetten via de verzekeraars loopt);
- De NZa heeft bij haar besluitvorming een onafhankelijk positie wat betekent dat de NZa tot een andere conclusie kan komen dan een schadebeoordelingscommissie.

Deze complicaties worden vermeden als de nadeelcompensatie wordt toegekend in een afzonderlijk besluit, op basis van een vooraf gepubliceerde regeling en nadat de schadeveroorzakende besluiten onherroepelijk zijn geworden. De verplichting tot toekenning van nadeelcompensatie welke voortvloeit uit het égalitébeginsel, is een verplichting die rust op het bestuursorgaan dat de schadeveroorzakende maatregelen heeft genomen. Hoewel de wijziging van het regime gestalte krijgt in diverse besluiten van diverse bestuursorganen, ligt het in de rede dat de eventuele toekenning van nadeelcompensatie geschiedt door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De Commissie adviseert dan ook om eventuele nadeelcompensatie toe te kennen in een besluit van de minister op basis van een specifieke nadeelcompensatieregeling.

Bijlagen

Bijlage 1: Instellingsbesluit Commissie Nadeelcompensatie Ziekenhuizen

VWS

Instellingsbesluit commissie nadeelcompensatie afschaffing bouwregime waaronder nacalculatie gebouwgebonden kapitaallasten van ziekenhuizen

Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 7 maart 2008, nr. CZ/TSZ/283063, houdende de instelling van de commissie nadeelcompensatie afschaffing bouwregime waaronder nacalculatie gebouwgebonden kapitaallasten van ziekenhuizen

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Besluit:

Artikel 1

In deze regeling wordt verstaan onder:

- de Minister; de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
 - de commissie; de commissie, genoemd in artikel 2.
- de NZa; de Nederlandse Zorgautoriteit, genoemd in artikel 3 van de Wet marktordening gezondheidszorg; d. ziekenhuis; een instelling waar geneeskundige zorg door medisch specialisten met verblijf in de zin van artikel 10 van de Zorgverzekeringswet wordt verleend.

Artikel 2

Er is een commissie nadeelcompensatie afschaffing bouwregime waaronder nacalculatie gebouwgebonden kapitaallasten van ziekenhuizen.

2. De commissie heeft tot taak de Minister te adviseren over het te voeren beleid met betrekking tot nadeelcompensatie voor ziekenhuizen in verband met de afschaffing van het bouwregime en de daarmee samenhangende afschaffing van de nacalculatie op gebouwgebonden kapitaallasten. Bij het advies neemt de commissie het gebruikelijke nadeelcompensatierecht in ogenschouw.

3. Uit het in het tweede lid genoemde gebruikelijke nadeelcompensatierecht vloeien de volgende uitgangspunten voort:

- het ziekenhuis toont een causaal verband aan tussen de schade en de afschaffing van het bouwregime waaronder de nacalculatie op de gebouwgebonden kapitaallasten;
- het ziekenhuis toont aan als gevolg van deze maatregel onevenredig zwaar te worden getroffen;
- de schade die kan worden geacht te behoren tot het normale ondernemersrisico wordt niet in de berekening betrokken;
- geen schade wordt in de berekening betrokken voor zover het ziekenhuis eigen schuld kan worden verweten;
- de schade wordt op objectieve wijze berekend en geïntegreerd;
- een eventueel voordeel dat voor een ziekenhuis voortvloeit uit de afschaffing van het bouwregime waaronder de nacalculatie op gebouwgebonden kapitaallasten, wordt verdisconteerd met het schadebedrag;
- de compensatie neemt de onevenredigheid van de schade weg en is in ieder geval niet hoger dan de schade.

4. De commissie heeft daarnaast als taak te adviseren over de wijze van berekening ter bepaling van nadeelcompensatie.

5. De commissie heeft daarnaast ook tot taak de Minister op basis van het door de Minister vast te stellen beleid te adviseren over nadeelcompensatie voor een individueel ziekenhuis ten gevolge van de afschaffing bouwregime

waaronder nacalculatie voor gebouwgebonden kapitaallasten. De commissie zal niet adviseren over de academische ziekenhuizen.

Artikel 3

1. De leden van de commissie worden benoemd en ontslagen door de Minister.

2. De commissie heeft een ambtelijk secretariaat dat bestaat uit een of meer door de Minister aan te wijzen personen. Het secretariaat is voor de inhoudelijke uitvoering van zijn taak uitsluitend verantwoordelijk schuldig aan de commissie.

3. De voorzitter en de leden handelen zonder last en ruggespraak.

Artikel 4

Tot lid van de commissie worden benoemd:

- als onafhankelijk voorzitter: dhr. mr. dr. A.J.E. Havermans;
- als onafhankelijk lid:
 - dhr. drs. A.L.M. Barendregt
 - dhr. drs. M.J. van Rooijen
 - mw. drs. E.J. Mulock Houwer
- dhr. prof. dr. A. Hordijk

Artikel 5

De commissie stelt haar eigen werkwijze vast en kan in overleg met de Minister externe deskundigheid inschakelen. De commissie zal uiterlijk 1 juli 2008 advies uitbrengen over de algemene criteria voor nadeelcompensatie en uiterlijk 1 oktober 2008 over de wijze van berekening van nadeelcompensatie bij individuele ziekenhuizen.

Artikel 6

De commissie doet op verzoek van de Minister verslag van haar werkzaamheden.

Artikel 7

Het beheer van de archiefbescheiden betreffende de werkzaamheden van de commissie geschiedt op overeenkomstige wijze als bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De archiefbescheiden worden na beëindiging van de werkzaamheden van de commissie opgeborgen in het archief van dat Ministerie.

Artikel 8

1. De commissie kan van een ziekenhuis verlangen dat het toestemming verleent aan een derde om alle relevante gegevens over het ziekenhuis ter beschikking te stellen aan de commissie.

2. Op verzoek van de NZa zal de commissie - met toestemming van het ziekenhuis - alle relevante, bij de totstandkoming van het eindadvies gebruikte informatie, aan de NZa geven zodra het eindadvies aan de Minister is verzonden.

Artikel 9

De voorzitter en de leden van de commissie ontvangen voor het voorbereiden en bijwonen van een vergadering een vergoeding.

Artikel 10

Deze regeling treedt in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst. De commissie houdt op te bestaan op het moment dat het eindadvies is uitgebracht.

Artikel 11

Deze regeling wordt aangehaald als: Instellingsregeling commissie nadeelcompensatie afschaffing bouwregime en kapitaallasten ziekenhuizen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink.

Toelichting

Aanleiding:

Met ingang van 1 januari 2008 is het bouwregime voor ziekenhuizen (de instellingen voor medische-specialistische zorg, met uitzondering van de psychiatrische ziekenhuizen) afgeschaft (Staatsblad 2007, 461). De bureaucratie rond bouwprojecten wordt daarmee aanzienlijk gereduceerd. Met ingang van 1 januari 2009 wordt een systeem ingevoerd van integrale tarieven. Voorheen liepen algemene en categorale ziekenhuizen geen risico over hun investeringen. Om te zorgen dat ziekenhuizen hun investeringen afstemmen op de behoeften van cliënten, krijgen ze vanaf 1 januari 2009 de met de investeringen samenhangende kapitaallasten niet meer afzonderlijk via het budget vergoed, maar als onderdeel van de (integrale) prijs per geleverde prestatie. De kapitaallasten zullen gedeekt moeten worden uit de integrale tarieven/prijzen die de aanbieder (via de verzekeraar) in rekening brengt.

Het is mijn verwachting dat het overgrote deel van de ziekenhuizen de overgang van afschaffen van het bouwregime naar invoering van integrale prijzen waarin ook de kapitaallasten zijn opgenomen, zonder problemen maakt.

Voor een beperkt aantal ziekenhuizen is dat op voorhand niet zeker. Ondanks het uitgebreedte en met zorg opgestelde overgangsregime dat bestaat uit:

- een stapsgewijze invoering van de maatstafconcurrentie;
- ruimte voor volumegroei;
- behoud van de rol van de overheid bij het waarborgfonds;
- monitoring van de vermogenskostenvergoeding;
- behoud van boekwinsten voor de zorginstelling waarbij de randvoorwaarde is dat de winst ten goede komt aan de zorg;
- en als sluitstuk: de maatwerkbehandling voor ziekenhuizen die onevenredig nadeel ondervinden van de afschaffing van het bouwregime, waaronder afschaffing van de nacalculatie kapitaallasten, waarbij een commissie mij adviseert.

Met dit instellingsbesluit benoem ik de commissie, omschrijf ik de opdracht en geef ik randvoorwaarden en uitgangspunten voor de opdracht aan de commissie die mij gaat adviseren over de maatwerkbehandling: de commissie nadeelcompensatie afschaffing bouwregime waaronder nacalculatie gebouwgebonden kapitaallasten van ziekenhuizen.

Samenstelling van de commissie: De commissie is samengesteld uit:

- dhr. mr. dr. A.J.E. Havermans (voorzitter)
- dhr. drs. A.L.M. Barendregt (lid)
- dhr. drs. M.J. van Rooijen (lid)
- mw. drs. E.J. Mulock Houwer (lid)

- dhr. prof. dr. A. Hordijk (lid)

Opdracht aan de commissie:

De commissie heeft 3 taken:

- 1) De commissie adviseert mij over criteria waaraan ziekenhuizen moeten voldoen om in aanmerking te komen voor nadeelcompensatie. Op basis van dit advies stel ik beleid vast op basis waarvan de commissie vervolgens de individuele ziekenhuizen toelst.
- 2) De commissie adviseert over de wijze van berekening ter bepaling van nadeelcompensatie.
- 3) Op basis van het door mij vastgestelde beleid adviseert de commissie mij over nadeelcompensatie voor een individueel ziekenhuis ten gevolge van de afschaffing van het bouwregime waaronder de nacalculatie voor gebouwgebonden kapitaallasten.

De adviezen van de commissie zijn niet bindend.

Nadeelcompensatie

De commissie gaat bij het bepalen van de criteria en omvang van het nadeel uit van het leerstuk van de nadeelcompensatie. Bij nadeelcompensatie gaat het om vergoeding van schade die voortvloeit uit een rechtmatige overheidsdaad (afschaffen bouwregime), waarbij de schade onevenredig groot is. Schade is onevenredig groot als deze uitgaat boven het normale ondernemersrisico en een benadeelde in vergelijking met anderen (die in vergelijkbare omstandigheden zitten) onevenredig zwaar treft. Uit het gebruikelijke nadeelcompensatierecht vloeien een aantal uitgangspunten voort die opgenomen zijn in artikel 2, derde lid.

Korte toelichting bij een aantal uitgangspunten van nadeelcompensatie: Causale verband: de afschaffing van het bouwregime waaronder de kapitaallasten dient de rechtstreekse oorzaak te zijn van de financiële problemen. De effecten van de schoning van de ziekenhuisbudgetten inclusief kapitaallasten in het kader van de uitbreiding van het B-segment worden door de commissie meegenomen.

Onevenredig zwaar getroffen: Een ziekenhuis dient onevenredig zwaar getroffen te zijn in vergelijking met andere ziekenhuizen. Er is in ieder geval sprake van een onevenredig zwaar getroffen ziekenhuis als, als gevolg van de maatregel binnen afzienbare tijd de solvabiliteit in onevenredige mate achteruitgaat.

De tijdsperiode waarbinnen de onevenredige problemen zich zullen voordoen dient de overgangperiode van 2008-2011 te zijn. Op problemen die zich na 2011 voordoen kan in die vier jaar geïnticeerd worden. De commissie zal evenwel op een verantwoorde manier met de overgangperiode omgaan.

Schade boven het normale ondernemersrisico: de schade van het individuele ziekenhuis moet uitgaan boven het normale ondernemersrisico, benadeelde moet in vergelijking met anderen (die in vergelijkbare omstandigheden zitten) onevenredig zwaar worden getroffen. Dit uitgangspunt is gebaseerd op het beginsel van gelijkheid voor publieke lasten, het egaliteitsbeginsel.

Eigen schuld corrigerende factor: Eigen schuld is een corrigerende fac-

tor bij het vaststellen van al dan geen recht op nadeelcompensatie. Als het ziekenhuis eigen schuld kan worden verweten wordt geen schade in de berekening betrokken.

Voor investeringen die gedaan zijn na maart 2005 (het uitkomen van de 1e kapitaallastenbrief) dient het ziekenhuis aanmerkelijk te maken dat de door haar gedane investeringen onvermijdelijk waren en niet hadden kunnen worden uit- of bijgesteld en dat het juist deze investering is die zorgt voor de onoverkomelijke problemen.

Onevenredigheid: de compensatie neemt de onevenredigheid van de schade weg en is in ieder geval niet hoger dan de schade. Een ziekenhuis kan na de compensatie niet beter af zijn dan voor afschaffing van het bouwregime (niet compenseren voor andere verklarende factoren van het onoverkomelijke probleem). Alleen onevenredige schade wordt gecompenseerd: indien de solvabiliteit niet verder zakt dan tot een nader te bepalen minimum en/of met een nader te bepalen omvang dan komt de instelling niet in aanmerking voor compensatie.

Werkwijze

De commissie bepaalt haar eigen werkwijze. De ziekenhuizen worden door de commissie geïnformeerd over de te volgen procedure en het te hanteren format. Een aantal stukken is beschikbaar als achtergrondmateriaal voor de commissie. De commissie kan extern advies inwinnen bij CBZ, CSZ, NZa en anderen.

Secretariaat

Als secretarissen van de commissie zullen optreden de heer G. van Bussel en mevrouw mr. J.M. Willemsen.

Planning

De commissie zal uiterlijk 1 juli 2008 advies uitbrengen over de algemene criteria voor nadeelcompensatie en uiterlijk 1 oktober 2008 advies over de wijze van berekening van nadeelcompensatie en nadeelcompensatie voor individuele ziekenhuizen. De feitelijke compensatie kan plaatsvinden via de nog bestaande FB-systematiek.

Kosten

Vacatiegelden en reiskosten commissieleden: afhankelijk van het aantal verzoeken tot compensatie door instellingen, op basis van goedgekeurde begroting te betalen door VWS volgens de gebruikelijke regelingen.

Extern advies: op basis van een goedgekeurde begroting kan de commissie extern advies inwinnen zoals bijvoorbeeld juridische expertise. Kosten van vergaderzalen: VWS stelt vergaderfaciliteiten ter beschikking, overige kosten worden niet betaald.

Bezwaaar en beroep

De commissie laat bij het uitvoeren van haar opdracht aanhangige bezwaarprocedures bij de NZa en beroepsprocedures bij het CBZ buiten beschouwing. Nadat deze aanhangige procedures zijn afgerond wordt de uitspraak hiervan (voor zover relevant) door de NZa in het besluit over toekenning van nadeelcompensatie verwerkt.

Bijlage 2: Advies College Bouw Zorginstellingen



**College bouw
zorginstellingen**

Postbus 3056
3502 GB Utrecht
T (030) 298 3100
F (030) 298 32 99
E cbz@bouwcollege.nl
I www.bouwcollege.nl

Rapport Nadeelcompensatie

Uitgebracht aan de Commissie Nadeelcompensatie ziekenhuizen

Bezoekadres
Churchillaan 11
3527 GV Utrecht

β

Vastgesteld door het college bouw zorginstellingen op 18 augustus 2008

1. Vraagstelling

Met brief van 31 juli 2008 heeft de Commissie nadeelcompensatie ziekenhuizen het College bouw zorginstellingen (het Bouwcollege) verzocht haar te ondersteunen bij haar werkzaamheden. De commissie is door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bij regeling van 7 maart 2008 ingesteld.

De commissie heeft tot taak de minister te adviseren over het te voeren beleid met betrekking tot nadeelcompensatie voor ziekenhuizen in verband met de afschaffing van het bouwregime en de daarmee samenhangende afschaffing van de nacalculatie op gebouwgebonden kapitaallasten. Bij het advies neemt de commissie het gebruikelijke nadeelcompensatierecht in ogenschouw.

De commissie wil in het kader van deze werkzaamheden een methode ontwikkelen waarmee (de omvang van) het - eventuele - nadeel vast te stellen is. Voor twee vraagstukken die met het ontwikkelen van een rekenmethode samenhangen heeft de commissie ondersteuning van het Bouwcollege gevraagd.

De eerste vraag houdt verband met de berekening van een eventueel verschil/nadeel in kapitaallasten. Dit komt volgens de commissie neer op het vergelijken van de binnenkomende kapitaallastenvergoeding in het oude nacalculatiesysteem en in het nieuwe prestatiebekostigingssysteem. Waar de vergoeding voor kapitaallasten in het oude systeem terug te vinden is in het betreffende FB-onderdeel en de daarbij behorende beleidsregels van de NZa, zullen de binnenkomende kapitaallasten in het nieuwe systeem berekend moeten worden. De commissie wil bezien of een eerder door het Bouwcollege ontwikkeld model daar geschikt voor is. Dit model gaat uit van verschillen in kapitaallastenintensiteit per (clusters van) DBC's en is afgeleid van de door het Bouwcollege in het kader van het bouwregime - zoals dat tot 1 januari j.l. gold - gehanteerde prestatie-eisen voor ziekenhuisbouw.

De indruk van de commissie is dat op basis van dat model de investeringswaarde van een gegeven DBC-productie van een individueel ziekenhuis te berekenen valt. Bij die investeringswaarde horen rente en afschrijving. Die rente en afschrijvingskosten kunnen worden vergeleken met de binnenkomende vergoedingen voor rente en afschrijving uit het oude systeem.

De commissie wil graag vernemen of deze redenering toepasbaar is en of het eerder ontwikkelde model voor toepassing door de commissie aan te passen en te actualiseren is. In dit kader zou het Bouwcollege tevens moeten nagaan of de DBC-registratie inmiddels zodanig verbeterd is dat het destijds ontwikkelde model nog steeds toepasbaar is, dan wel op korte termijn toepasbaar gemaakt kan worden.

Ook voor *een tweede vraag* is het Bouwcollege om ondersteuning gevraagd. Het gaat daarbij om de vraag hoe voordelen (toenemende adherentie, exploitatievoordelen) die samenhangen met het "oplopen van nadeel in de sfeer van de kapitaallasten" berekend en eventueel door de commissie verrekend kunnen worden. Vooral de modelmatige onderbouwing interesseert de commissie.

Het Bouwcollege heeft in 2005 en 2006 tezamen met de Stichting DBC-onderhoud (SDO) en het toenmalige College Tarieven Gezondheidszorg/ de Zorgautoriteit i.o. (CTG/ZAio) een model ontwikkeld waarmee het mogelijk was een normatieve kapitaallastencomponent aan een cluster van DBC's te koppelen. De NKC bevatte meerdere elementen, te weten de afschrijvingen op investeringen in gebouwen en inventaris, een vermogenskostenvergoeding (rente) voor gebouwen en grond en vermogenskostenvergoedingen voor inventaris en werkkapitaal.

In de volgende paragraaf wordt beschreven op welke wijze twee elementen (de afschrijvingen op investeringen in gebouwen en de vermogenskostenvergoeding voor gebouwen en grond) uit deze NKC van nut zouden kunnen zijn voor de eerste vraag van de commissie. In feite gaat het dan om een normatieve huisvestingscomponent (NHC).

In de derde paragraaf ten slotte wordt ingegaan op de tweede vraagstelling.

Het Bouwcollege heeft in 2007 door Gupta Strategists een rapport laten opstellen over de waardebeoordeling van zorginstellingen. Daarin wordt naast de toename van kapitaallasten als gevolg van investeringen ook aandacht besteed aan overige exploitatievoordelen die samenhangen met dezelfde investeringen. Deze exploitatievoordelen zijn deels objectief en deels meer subjectief te ramen.

In deze paragraaf zal met name ingegaan worden op die voordelen die op een objectieve manier kunnen worden vastgesteld.

2. Toepasbaarheid van eerdere modellen

2.1 Inleiding

Hiervoor is reeds gememoreerd dat na de afschaffing van het bouwregime de vergoeding van de kapitaallasten niet meer op basis van de afschrijving en een discontovergoeding van de werkelijke investeringskosten geschiedt maar aan de hand van een integrale prestatievergoeding voor Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). Voor een deel van de DBC's (thans circa. 20% van de omzet, vanaf 2009 bijna een derde) is er sprake van vrije prijzen. Voor die DBC's kunnen ziekenhuizen zelf beslissen hoeveel kapitaallasten zij in de prijs opnemen, uiteraard rekening houdend met de positie van concurrerende ziekenhuizen en de onderhandelingspositie ten opzichte van zorgverzekeraars.

Voor de overige DBC's was het de bedoeling dat er met ingang van 1 januari 2009 integrale prijzen zouden komen waarin de kapitaallasten waren opgenomen. Voorlopig is dit uitgesteld tot 1 januari 2010. Vanaf 1 januari 2010 zal de huidige DBC-productstructuur bestaande uit ongeveer 40.000 verschillende DBC's worden vervangen door een nieuwe productstructuur bestaande uit ongeveer 3000 zorgproducten. Nog niet bekend is op welke wijze en in welke omvang de kapitaallasten vanaf 2010 onderdeel zullen vormen van de integrale tarieven. In 2009 kunnen de ziekenhuizen nog rekenen op een vergoeding van de kapitaallasten op basis van de in het verleden in het kader van de WZV of WTZI goedgekeurde investeringen. Uiteraard slechts voor dat deel van de DBC-omzet waarvoor geen vrije prijzen gelden. De kapitaallasten van eventuele nieuwe investeringen, die niet goedgekeurd zijn in het kader van de genoemde wetgeving, komen niet voor vergoeding in aanmerking. Deze lasten kunnen overigens wel worden verdisconteerd in de tarieven van de DBC's waarvoor vrije prijsvorming geldt.

Omdat de toekomstige vergoeding niet bekend is heeft de commissie gevraagd of een eerder door het Bouwcollege, in samenwerking met SDO en CTG/ZAio, ontwikkeld model inzicht zou kunnen geven in de toekomstige vergoedingen.

Het ontwikkelde model voorzag er in dat de investeringen die de algemene ziekenhuizen in het kader van de aanbodregulering vergoed kregen op een zodanige wijze gekoppeld werden aan DBC's dat de algemene ziekenhuizen in totaliteit konden rekenen op dezelfde vergoeding. Dit gebeurde voor de reguliere functies van het ziekenhuis door de investeringen volgens de geldende beleidsregels te koppelen aan een vijftal zogenaamde superverrichtingen. Vanwege de directe relatie van deze superverrichtingen met de DBC-zorgactiviteiten kan een investeringsbedrag worden gekoppeld aan (een groep) DBC's die rekening houdt met de kapitaalintensiteit van de betreffende DBC's. Voor een

uitgebreide beschrijving van dit model wordt verwezen naar het rapport “Investeringskosten per productieparameter” dat als bijlage is toegevoegd.

Voor de zogenaamde bijzondere functies (functies die niet in elk ziekenhuis voorkomen, zoals bijvoorbeeld radiotherapie en dialyse) werden de investeringskosten niet gekoppeld aan de DBC's maar aan de relevante verrichtingen. Voor deze bijzondere functies bestonden óf geen DBC's óf bevatten de DBC's indertijd nauwelijks verrichtingenprofielen. Een uitgebreide beschrijving van het model voor de bijzondere functies is opgenomen in het rapport “Deel II De PM-posten” dat eveneens als bijlage is opgenomen.

Beide modellen zijn in 2005/ 2006 ontwikkeld . De modellen zijn in 2006 ook gebruikt voor een globale raming van de uitkomsten op macro- en microniveau. In het rapport “Normatieve kapitaallastcomponenten: Presentatie van de uitkomsten van de macro- en micro-analyse is het volgende opgemerkt: “Het trekken van conclusies op instellingsniveau (de micro-analyse) is nog niet mogelijk gezien de beperkte beschikbaarheid van de gegevens en de vooronderstellingen die bij de berekeningen zijn gemaakt. Daarom dient deze notitie als een tussenrapportage te worden beschouwd die informeert over de effecten op macroniveau. De verwachting is dat binnen afzienbare termijn meer DBC-gegevens van ziekenhuizen beschikbaar komen. Stichting DBC-onderhoud (SDO) voert op dit moment een controle uit op de kwaliteit van recent ontvangen DBC-gegevens. Als de kwaliteit voldoende blijkt te zijn kunnen de schattingen en verhoudingsgetallen worden gebaseerd op meer gegevens, waardoor de voorspellende waarde van de analyse toeneemt. Indien dit het geval is, wordt voorgesteld om in het najaar een herziene analyse uit te brengen van de effecten van de invoering van de NKC's op instellingsniveau.”

Een dergelijke herziene analyse heeft nooit plaatsgevonden omdat op het punt van de kapitaallasten indertijd voor een andere voortzetting is gekozen.

2.2 Actualisering van het model

Naar aanleiding van de vraagstelling van de commissie hebben wij de beide oorspronkelijke modellen geactualiseerd. Omdat voor zowel de productie als de overige relevante informatie de meest recente jaargegevens betrekking hebben op 2006 zijn de modellen op dit jaar herberekend. Voor wat betreft de gebruikelijke ziekenhuisfuncties heeft evenals in het eerder beschreven model een rondrekening plaatsgevonden teneinde te voorkomen dat er in vergelijking met de oorspronkelijke regulering te veel of te weinig investeringen zouden worden toegekend. Omdat landelijke informatie voor twee superverrichtingen (röntgenonderzoeken en operaties) niet meer wordt geregistreerd is de landelijke productie hiervoor, overigens op een betrouwbare wijze, geschat.

De rondrekening was voor de bijzondere functies niet nodig. Hiervoor heeft alleen een actualisatie van de investeringskostennormen naar het peiljaar 2006 plaatsgevonden.

Op basis hiervan kan voor ieder individueel ziekenhuis de investeringswaarde, gegeven de DBC-productie en de verrichtingen voor de bijzondere functies in 2006, worden berekend. Op de DBC-registratie wordt overigens onderstaand nog ingegaan.

De investeringswaarde is het bedrag waarvoor het betreffende ziekenhuis nieuwgebouwd zou kunnen worden, gegeven de investeringskostennormen voor 2006 en in dit geval de productie. Ten tijde van het vergunningensysteem ex WZV/WTZI werd hetzelfde bedrag berekend aan de hand van de adherente (te verzorgen) bevolking en de normen voor het aantal bedden per 1000 adherente inwoners en de kostennormen per m².

De vraag was of uit de investeringswaarde ook rente en afschrijving kunnen worden berekend. Dit is inderdaad mogelijk. Op basis van de investeringsuitgangspunten uit het vorige model (in totaal 190%

kosten nieuwbouw gedurende de totale gebruiksperiode van 40 jaar) de voorstellen ten aanzien van de afschrijvingstermijnen en de afschrijvingsmethodiek (lineair) uit de als bijlage toegevoegde notitie "Materiele vaste activa, waardering en afschrijving" en een disconteringsvoet van 6,5%,(bestaande uit 4% vermogenskostenvergoeding en 2,5% inflatie), is via de Netto Contante Waarde Methode (NCW) een normatieve huisvestingscomponent berekend van ca. 7% van de totale investeringskosten over de gehele looptijd. Deze 7% kan worden onderverdeeld in een afschrijvingscomponent (ca. 3,7%) en een rentecomponent (ca. 3,3%). Overigens kan deze berekende NHC op basis van gewenste andere uitgangspunten eenvoudig worden aangepast.

Wat betreft de DBC-registratie, uit overleg met SDO is gebleken dat deze de laatste jaren verbeterd is. De landelijke profielen van de DBC's worden thans gebaseerd op de gegevens van (bijna) alle ziekenhuizen en zijn daardoor betrouwbaarder dan enkele jaren geleden. Toch zijn er nog wel enkele problemen. Zo bestaat per instelling geen inzicht in de volledigheid van de data. Ook verandert de DBC-productstructuur en daarmee ook de registratie van jaar op jaar. DBC's worden pas afgesloten en in de DIS-registratie opgenomen nadat de volledige behandeling is voltooid. Dit kan een jaar later zijn dan het jaar waarin de behandeling is gestart. Ook kan niet worden gegarandeerd dat in de DIS-registratie de complete DBC-productie van ziekenhuizen is opgenomen. Door het DIS-validatiesysteem kan het namelijk zo zijn dat DBC's niet geaccepteerd worden. Ook in de ziekenhuizen zelf kunnen DBC's door de zogenaamde validatiemodule niet worden geaccepteerd, of worden DBC's door het ziekenhuis niet (juist) geregistreerd. Kortom het verzamelen van alle volledige en juiste DBC-informatie blijkt in de landelijke database een complex en tijdsintensief proces. Het toepassen van het model op de registratie bij SDO is derhalve enigszins problematisch. Dit betekent overigens niet dat het model niet toegepast kan worden. De landelijke profielen per DBC zijn voldoende betrouwbaar en zijn via SDO verkrijgbaar. Daarnaast houden de ziekenhuizen zelf de DBC-productie bij die in 2006 is gestart en afgerond alsmede het onderhanden werk aan het eind van het jaar. Met behulp van deze informatie en de landelijk gemiddelde DBC-profielen voor de productstructuur 2006 kan worden berekend hoeveel verrichtingen voor de vijf onderscheiden soorten uit de DBC-productie 2006 volgen. Uit een overleg met Casemix BV bleek dat dit bedrijf voor een deel van de ziekenhuizen deze informatie al heeft en op relatief eenvoudige wijze deze berekeningen kan uitvoeren. Op basis daarvan kunnen wij vervolgens de op basis van de NHC-methodiek te ontvangen afschrijvingen en rente voor 2006 berekenen. Overigens worden de verrichtingen door de ziekenhuizen zelf ook bijgehouden. Aan de hand van een opgave van de verrichtingen in 2006 zou het aanbeveling verdienen een controleberekening uit te voeren. Dat beide berekeningen niet exact dezelfde uitkomst zullen hebben komt omdat niet ieder ziekenhuis exact volgens het landelijk gemiddelde profiel functioneert. Het geeft echter wel een indicatie van de betrouwbaarheid van de berekening volgens de DBC-systematiek.

Bovenstaande opzet kan worden gehanteerd voor de reguliere ziekenhuisfuncties. Voor de bijzondere functies is alleen een opgave van de in 2006 uitgevoerde specifieke verrichtingen nodig, om voor deze productie de te ontvangen rente- en afschrijvingsvergoedingen te kunnen bepalen.

Met behulp van deze informatie kan derhalve voor ieder algemeen ziekenhuis worden berekend wat de te ontvangen vergoedingen voor rente en afschrijving in 2006 zouden zijn geweest als er destijds een normatieve huisvestingscomponent zou zijn geweest.

De hiervoor benodigde productie-informatie zou door de ziekenhuizen zelf moeten worden aangeleverd. De landelijke profielen per DBC zijn via SDO verkrijgbaar en voor de op basis hiervan te berekenen aantallen verrichtingen kan een beroep worden gedaan op Casemix BV. Het Bouwcollege kan vervolgens de berekening verzorgen van de te ontvangen vergoedingen aan rente en afschrijvingen in 2006. Desgewenst zou het Bouwcollege de ziekenhuizen een format kunnen aanreiken waarin de benodigde informatie is gespecificeerd.

2.3 Aanvullende opmerkingen

Met behulp van bovenbeschreven methodiek is het mogelijk een vergelijking te maken tussen de kapitaallastenvergoeding onder het 'oude' en het 'nieuwe' regime, ervan uitgaande dat er NHC's zouden zijn ingevoerd conform bovenbeschreven model.

Daarbij moeten nog wel enkele opmerkingen worden gemaakt.

In de eerste plaats wordt de berekening uitgevoerd aan de hand van informatie uit het basisjaar 2006. Dit geldt ook voor de bestaande kapitaallasten. Voor wat betreft de bestaande kapitaallasten kan het voorkomen dat een ziekenhuis ook investeringen heeft gedaan die niet via de WZV/WTZi zijn goedgekeurd. De kapitaallasten van deze investeringen dienen buiten beschouwing te blijven. Overigens is deze informatie bij de ziekenhuizen en de NZA bekend en maken deze kapitaallasten ook geen onderdeel uit van het budget.

In de tweede plaats mag verwacht worden dat met name ziekenhuizen zich voor nadeelcompensatie aanmelden die recent een groot bouwplan hebben gerealiseerd of dit nog aan het realiseren zijn op basis van een via de WZV/WTZi verstrekte vergunning. Dit kan inhouden dat de werkelijke kapitaallasten in 2006 afwijken van de situatie na uitvoering van het bouwplan. In deze situaties zou aan de betreffende ziekenhuizen moeten worden gevraagd wat de mutatie is aan rente en afschrijving ten opzichte van de situatie in 2006. Het Bouwcollege kan deze opgave overigens controleren aan de hand van afgegeven vergunningen, goedgekeurd meerwerk en/of vastgestelde eindafrekeningen voor het betreffende bouwplan.

Een derde opmerking heeft te maken met de vraag of er ook sprake is van nadeelcompensatie voor die DBC's waarbij sprake is van vrije prijsvorming. Als ook hiervoor gecompenseerd wordt, kan volstaan worden met een vergelijking tussen de lasten in het oude en nieuwe regime, zoals boven beschreven. Indien besloten zou worden hiervoor niet te compenseren, zal zowel voor de bestaande kapitaallasten als de te ontvangen kapitaallasten op basis van de NHC-methodiek een correctie moeten plaatsvinden. Deze correcties zijn naar rato van de omzet in "vrije DBC's", eventueel rekening houdend met verschillen in kapitaalintensiteit, op een eenvoudige manier te berekenen.

Een vierde opmerking betreft een aantal technische aspecten. Voor de zgn. overige producten (OVP's) en ondersteunende producten (OP's) worden tarieven in rekening gebracht waarin ook een opslag aan kapitaallasten is opgenomen. Het gaat hier om verrichtingen geleverd door een poortspecialisme of een niet-poortspecialisme aan een (ander) poortspecialisme als onderdeel van een DBC (maakt deel uit van het DBC-zorgprofiel), dan wel op verzoek van de eerste lijn, dan wel in het kader van onderlinge dienstverlening, dan wel aan een ander specialisme werkzaam binnen dezelfde instelling waarvoor de DBC-systematiek niet geldt (zoals kaakchirurgie en revalidatiegeneeskunde).

Deze separate kapitaallopbrengsten moeten door het ziekenhuis apart worden opgegeven omdat daardoor het verschil tussen inkomsten en werkelijke uitgaven wordt verkleind. Dit is eveneens van toepassing op de zogenaamde overige trajecten en verrichtingen; deze zijn niet opgenomen in de DBC-systematiek. Overige trajecten zijn prestaties die een aaneengesloten traject betreffen, waarvoor de declaratie-eenheid een dag is, zoals beademing IC voor volwassenen, gezonde zuigelingen, verkeerdebeddagen. Deze overige trajecten kunnen naast een DBC lopen. Ook hiervoor geldt dat de tarieven een kapitaallastenopslag (12,5%) bevatten.

Voorts wordt er geen rekening gehouden met de doorbelaste kapitaallasten voor de zogeheten Psychiatrische Afdelingen van de Algemene Ziekenhuizen. Dit houdt in dat deze niet worden meegenomen in zowel de normatieve berekening van de kapitaallastenvergoeding (op basis van de NHC's) als in de gebudgetteerde vergoeding (aanvaardbare kosten).

Ten slotte is reeds aangegeven dat de modellen in het verleden nooit op een individuele situatie zijn getest. Dit hing samen met de gebrekkige kwaliteit en beschikbaarheid van de informatie. Inmiddels kan geconstateerd worden dat zowel de kwaliteit als de beschikbaarheid van de informatie sterk lijken te zijn verbeterd. Of de modellen betrouwbaar zijn zal met name afhangen van de vraag of het profiel per DBC (het gemiddelde aantal verrichtingen per categorie) daadwerkelijk overeenstemt met de werkelijkheid.

2.4 Conclusie

Op basis van het bovenstaande kan de vraag of de oorspronkelijk ontwikkelde modellen, na aanpassing, ook thans toepasbaar zijn bevestigend worden beantwoord. De betrouwbaarheid van de modellen is zoals eerder vermeld afhankelijk van de vraag of het profiel per DBC overeenstemt met de werkelijkheid.

3. Exploitatievoordelen verband houdend met een toename van de kapitaallasten

3.1. Inleiding

Het Bouwcollege heeft in 2007 door Gupta Strategists een rapport laten opstellen over de waardebeoordeling van zorginstellingen. Daarin wordt naast de toename van kapitaallasten als gevolg van investeringen ook aandacht besteed aan overige exploitatiegevolgen die samenhangen met dezelfde investeringen.

Dit modelmatige raamwerk bevat modules waarmee separaat het effect van vastgoed op bijvoorbeeld de zorggroei en de impact van de operationele kosten van een specifieke situatie kan worden berekend. Voor een deel bevatten de modules elementen die lastig te kwantificeren te zijn (zoals verbeteringen op het punt van de logistiek of het gebruik van een te groot gebouw voor extra productie of voor verhuur).

Het model bevat echter ook elementen die op een meer objectieve manier kunnen worden vastgesteld.

Zo is uit onderzoek gebleken dat nieuwbouw tot een groei van het marktaandeel leidt. Daarnaast hangen sommige operationele gebouwgebonden kosten (schoonmaak, onderhoud en energie bijvoorbeeld) samen met de oppervlakte. Bij nieuwbouw is er veelal sprake van een geringer vloeroppervlak dan in de oude situatie. Dit levert derhalve lagere kosten op. Op beide elementen wordt onderstaand nader ingegaan.

Overigens zijn, zoals reeds opgemerkt, in het voor het Bouwcollege ontwikkelde model ook nog (theoretische) voordelen beschreven zoals een waardering van overcapaciteit in oppervlakte voor drie functies (polikliniek, kliniek en OK). Het bepalen van een dergelijk positief effect zal, gezien het feit dat de ziekenhuizen zelf de beleidskeuze hadden om binnen het normatieve vloeroppervlak te schuiven tussen functies, tot discussie kunnen leiden. Hoewel een dergelijk voordeel wel te berekenen valt, wordt er om bovenstaande reden onderstaand niet op ingegaan.

Mocht de commissie besluiten dat deze elementen wel betrokken moeten worden bij het compensatievraagstuk, dan kan het rekenmodel op deze onderdelen worden aangepast.

3.2 Vergroting marktaandeel

Naar verwachting zullen vooral recent nieuwgebouwde of gerenoveerde ziekenhuizen een beroep gaan doen op nadeelcompensatie. Uit onderzoek is gebleken dat nieuwe of gerenoveerde ziekenhuizen een grotere aantrekkingskracht hebben op patiënten dan oude ziekenhuizen. Een nieuw gebouw zal derhalve concurrentievoordelen met zich meebrengen. Volgens een studie van Gupta strategist ("Van kapitaallasten naar kapitaallusten") is in het jaar waarin de nieuwbouw of renovatie in gebruik wordt genomen sprake van een groei van de productie met circa 11 procentpunt boven de gemiddelde marktgroei. Dit effect is overigens tijdelijk, een jaar later is de groei ongeveer gelijk aan de marktgroei.

De groei kan overigens beïnvloed worden doordat concurrerende ziekenhuizen ook nieuwbouw plegen of gerenoveerd worden. In het voor het Bouwcollege ontwikkelde model is bepaald dat als er nóg een ziekenhuis wordt nieuwgebouwd of gerenoveerd, de oorspronkelijk verwachte groei zal afnemen met de helft. Indien twee of drie concurrenten ook nieuwbouw plegen of renoveren, neemt de groei in het model af tot een derde of een kwart.

Als ziekenhuizen die een beroep doen op nadeelcompensatie de nieuwbouw of renovatie na 2005 in gebruik hebben genomen of nog moeten nemen, wordt voorgesteld rekening te houden met een verwachte toename van het marktaandeel. Als de commissie een voorzichtige benadering wil kiezen zou de genoemde 11 procentpunt, die uit onderzoek in het verleden tot stand is gekomen, iets voorzichtiger kunnen worden ingezet bijvoorbeeld circa 9 procentpunt. Dit groeipercentage is, voor zover relevant, te corrigeren voor het effect van de nieuwbouw of renovatie van concurrerende ziekenhuizen.

Dit groeipercentage kan worden toegepast op de verwachte inkomsten zoals berekend in de vorige paragraaf. De commissie zou ervoor kunnen kiezen om een eventuele correctie van deze groei door nieuwbouw van de concurrenten niet direct via het rekenmodel te bepalen, maar in eerste instantie ziekenhuizen te vragen zelf aan te geven of er sprake is van nieuwbouw of renovatie van concurrerende ziekenhuizen alsmede om een opgave van het marktaandeel te verstrekken. Tevens zouden ziekenhuizen beargumenteerd moeten kunnen aangeven dat de veronderstelde groei in hun situatie eventueel niet van toepassing is dan wel lager is dan de gemiddelde groei. Het model zou dan eventueel kunnen worden gebruikt om het realiteitsgehalte van de verschaft informatie te toetsen.

3.3 Vermindering gebouwgebonden kosten

Een ziekenhuis dat nieuwbouw pleegt of gerenoveerd wordt kan ook operationele voordelen realiseren. De hogere kapitaallasten kunnen dan deels worden goedgemaakt door lagere operationele kosten. De voordelen van de operationele kosten die op een objectieve manier kunnen worden vastgesteld betreffen de zogenaamde gebouwgebonden kosten. Daaronder worden verstaan de personele en materiële kosten verbonden aan het onderhouden van gebouwen, installaties en terreinen, alsmede de kosten van heffingen, verzekeringen en belastingen verband houdend met gebouwen, en energiekosten.

Voor de genoemde kosten geldt dat deze vooral een relatie hebben met de oppervlakte.

Eerder is al aangegeven dat ziekenhuizen waarschijnlijk om compensatie verzoeken als er recent nieuwbouw of renovatie is gerealiseerd. Daarbij zou het ook logisch zijn als voordelen op het punt van de gebouwgebonden kosten in mindering worden gebracht op de meerkosten van rente en afschrijving.

Voorgesteld wordt de betreffende kosten in de situatie vóór de nieuwbouw of renovatie uit te drukken per werkelijke oppervlakte. Zowel gegevens over de kosten als de oppervlakte zijn bij de ziekenhuizen bekend. De aldus berekende kosten per m² kunnen worden vermenigvuldigd met het verschil in oppervlakte tussen de oude situatie (vóór nieuwbouw of renovatie) en de op basis van de WTZi te berekenen maximaal toegestane oppervlakte bij nieuwbouw of renovatie. Deze maximaal toegestane oppervlakte kan aan de hand van de adherentiegegevens van het ziekenhuis over 2006 samen met de productiegegevens voor de bijzondere functies worden berekend. Alle ziekenhuizen beschikken over de genoemde adherentiegegevens en leveren de genoemde productiegegevens al aan in het kader van de in paragraaf 2 beschreven analyse. De berekende besparing kan in mindering worden gebracht op de toename in de kapitaallasten. Bij renovatie heeft een ziekenhuis veelal niet de mogelijkheid exact op de maximaal toegestane oppervlakte uit te komen. Hiervoor zal in het model gecorrigeerd worden.

Eventuele andere doelmatigheidswinsten door toepassing van verbeterde innovatieve technieken op bijvoorbeeld de energiekosten blijven op deze wijze buiten beschouwing. Als instellingen minder oppervlakte hebben gerealiseerd dan maximaal toegestaan, wordt dit niet als voordeel meegenomen. Het gaat hier immers om een bewuste keuze bedoeld om extra kosten te besparen. Overigens ligt het aan de andere kant ook in de rede bij nieuwbouw een grotere gerealiseerde oppervlakte dan maximaal was toegestaan niet te compenseren. Ook dit is immers een bewuste keuze van het betreffende ziekenhuis.

3.4 Slot

Aan de vraag hoe voordelen die samenhangen met het “oplopen van nadeel in de sfeer van de kapitaallasten” berekend en eventueel door de commissie verrekend kunnen worden, is in het voorgaande aandacht besteed. Voorgesteld wordt rekening te houden met een uit onderzoek gebleken toename in de adherentie bij ingebruikname van nieuwbouw of renovatie, eventueel gecorrigeerd voor het effect van concurrerende ziekenhuizen die ook nieuwbouw plegen of worden gerenoveerd. Uiteraard slechts voor die situaties waarin de nieuwbouw of renovatie na 2005 in gebruik is of zal worden genomen. Daarnaast ligt het in de rede op bovenbeschreven wijze rekening te houden met een vermindering van de gebouwgebonden kosten als gevolg van de nieuwbouw of renovatie.

Indien de commissie besluit de beschreven exploitatievoordelen in het totaal van de beoordeling mee te nemen, zal het betreffende rekenmodel op onderdelen cijfermatig moeten worden geactualiseerd. De verwachting is dat dit, bij een positief signaal van de commissie, binnen enkele weken kan worden gerealiseerd.

Bijlage 3: Fakton financiële vastgoedregisseurs

Eindrapport

Nadeel wijzigingen Kapitaallastenstelsel

Aan: Commissie Nadeelcompensatie
Van: R.J.A. Hamers MRE MRICS RT
Ir B. Roon
Ir W.F.P. Weide MRE
Ir G. Muller MRE
Ir R. Schoenmaker
Datum: 23 september 2008
Onderwerp: Beoordeling model Finance Ideas en inzichten na modificaties
Kenmerk: 80203EX

1. Inleiding

De commissie Nadeelcompensatie heeft Fakton verzocht haar te adviseren over de gevolgen die ziekenhuizen kunnen ondervinden van de invoering van integrale, risicodragende kapitaallasten ten behoeve van hun huisvestingslasten. Centraal in de vraagstelling van de commissie stond de beoordeling van het waarderingconcept en rekenmodel van Finance Ideas (FI). Ook vroeg de Commissie Fakton het FI-model waar nodig aan te passen dan wel te verbeteren, eventueel door het ontwikkelen van een eigen model. Evenals FI is Fakton uitgegaan van de zogenaamde “Big bang” (invoering stelselwijziging in een keer) scenario, dat door VWS beoogd werd bij de instelling van de Commissie.

2. Beoordeling model Finance Ideas op hoofdlijnen

Het waarderingconcept en rekenmodel van FI gaan uit van een denkbeeldige vastgoedentiteit die huur ontvangt en daaruit haar regulier onderhoud, renovatie en (ver-) nieuwbouw moet bekostigen alsmede haar vermogensverschaffers moet vergoeden voor het beschikbaar gestelde vermogen.

Drie aspecten staan centraal:

- geeft de waarde van de vastgoedexploitatie voldoende zekerheden voor de financiers;
- is er sprake van liquiditeitsproblemen;
- is een gezonde bedrijfsvoering mogelijk.

Om deze aspecten te onderzoeken worden de “free cashflows” bepaald. Deze staan de vermogensverschaffers (investeerders en banken) ter beschikking. Vanuit deze cashflows wordt door middel van een gemiddeld gewogen vermogenskostenvoet (WACC) de bedrijfswaarde berekend (in de FI-notitie heet dit contractwaarde). De bedrijfswaarde wordt afgezet tegen de totale (historische-) financieringslast (de boekwaarde). Wanneer de financieringslast bij aanvang van de beschouwingperiode hoger ligt dan de bedrijfswaarde is er mogelijk sprake van een probleem (negatief eigen vermogen).

Het onderzoek naar mogelijke liquiditeitsproblemen bestaat uit de toets of uit de kasstroom de rentekosten van het geleend vermogen met zekerheid voldaan kunnen worden. Hierbij wordt gebruikt gemaakt van een interest coverage rate.

Met dit denkconcept en de waarderingsmethode is Fakton het op hoofdlijnen eens.

3. Kanttekeningen op het denkconcept/model Finance Ideas

Het denkconcept/model van FI is niet geschikt om het daadwerkelijke nadelige effect te berekenen. Hiervoor zijn te veel aannamen en uitsluitingen gedaan. De uitkomst geeft slechts een indicatie van de ziekenhuizen die mogelijk te maken krijgen met een financierings- of liquiditeitsprobleem.

Na beoordeling van het rekenmodel van FI zet Fakton de volgende kanttekeningen:

- Het model gaat uit van een theoretische huur voor het vastgoed (de NHC) van 7,4% van de (DBC) omzet. Deze NHC benadering is thans verlaten en de theoretische huur zal op andere wijze benaderd moeten worden.
- De restwaarde in het rekenmodel is ten onrechte op alleen de grondwaarde gesteld. Ingeval de grondwaarde als restwaarde wordt gehanteerd, is het uitgangspunt de feitelijke beëindiging van de bedrijfsactiviteiten en liquidatie van de instelling. Meer waarschijnlijk is dat aan het eind van de beschouwingperiode een full operationeel ziekenhuis met volledig huurpotentie aanwezig is. Beter is dan uit te gaan van een huurkapitalisatie van de dan beschikbare theoretische huur (de beleggingswaarde).
- Niet alle ziekenhuizen hebben vervangingsinvesteringen ten gevolge van technische en/of economische veroudering in de investeringsraming opgenomen.
- De cashflows worden verdisconteerd met een WACC. Hierbij gaat Finance Ideas uit van een marktconforme rendementseis op EV. Daarbij is gekeken naar referentiegetallen uit het buitenland. Fakton is van mening dat de rendementseis moet aansluiten bij de branchekarakteristieken in Nederland en niet in het buitenland. In de praktijk zijn in Nederland de eigenaren van de ziekenhuizen momenteel stichtingen zonder winstoogmerk of winstuitkeringvereisten, waardoor de vergelijking met rendementseisen in het buitenland mank kan gaan. De rendementseis op EV en daarmee de WACC liggen dus waarschijnlijk lager.
- De berekeningswijze van de bedrijfswaarde met een WACC veronderstelt een constante vermogensverdeling van EV en VV. Dit is echter niet het geval. Door deze berekenwijze wordt het verschil tussen bedrijfswaarde en totale financieringslast anders voorgesteld. Beter inzicht wordt verkregen door de cashflows na aftrek van financieringskosten te disconteren tegen het geëiste rendement op eigen vermogen.

- In de berekeningswijze van de WACC zit tevens een kleine inconsistentie in het model ten aanzien van de rekenrente VV.
- FI gaat er ten onrechte vanuit dat de component trekkingsrechten ten gevolge van de stelselwijziging volledig zou moeten worden meegenomen als onderdeel van de boekwaarde en daarmee met de financieringslast. Trekkingsrechten zijn wanneer het nieuwe stelsel in een keer ingevoerd wordt niet aan de orde.
- Het onderzoek naar eventuele liquiditeitsproblemen tengevolge van rentelasten in relatie tot de kasstromen is te beperkt. Uitgangspunt van het model van FI is een aflossingsvrije lening. De debt-service kijkt alleen naar rentelasten en niet naar rente en aflossing. In werkelijkheid zal de financiering creatiever worden ingevuld, met overvloedige kasgeld zal worden afgelost en de financiering zal in overleg met banken worden geplooid naar de draagkracht. In werkelijkheid kan in het begin van de beschouwingperiode tengevolge van bestaande aflossingsverplichtingen eerder een effect ontstaan dan is gemodelleerd, terwijl later meer en/of creatievere oplossingen zullen worden gevonden.
- De indexen voor omzetgroei lijken te laag gewaardeerd. Endogene factoren (vergrijzing, fusies en overnamen) zullen voor hogere percentages zorgen. Finance Ideas meldt dit overigens zelf ook in het rapport.
- De overige indexen als kostenindex, huurindex en inflatie lijken te laag gewaardeerd. Hogere indexen zijn gezien de huidige inzichten meer waarschijnlijk.

Verder merkt Fakton bij het Finance Ideas model het volgende op:

- Het model op deze wijze gepresenteerd en op individuele gevallen toegepast levert veel, lange en overloze discussies over de input en legt geen grenzen voor normaal ondernemersrisico. Op sommige nieuwbouwlocaties zijn bewust meer vierkante meters gebouwd uitgaande van een grotere groei dan ingerekend in het model. Toch wordt er op basis van die meters doorgerekend.
- Het model gaat ten onrechte uit van een gelijkblijvend aantal vierkante meters bouw. Exogene zaken zoals verkoop van vastgoed, sloop van overmaat, verhogen bezettingsgraad vastgoed, herallocatie van goedkope bedrijfsprocessen naar goedkopere locaties en efficiëntere bouwontwerpen (het schillenmodel), uitbesteden van bedrijfsprocessen (keuken) en andere efficiency en rendementverhogende maatregelen, zijn ten onrechte niet meegenomen in de kasstromen. Op dit onderdeel is veel te putten uit het Gupta onderzoek, dat het College Bouw Zorginstellingen in het voorjaar van 2007 heeft laten maken.

4. Belangrijkste modificaties van het rekenmodel Finance Ideas

De eerder genoemde kanttekeningen op het rekenmodel zijn door Fakton uitgewerkt. Zoveel mogelijk is het Finance Ideas model daarbij in stand gelaten, echter op belangrijke onderdelen is het model gemodificeerd. De cijfers waarmee FI gerekend heeft, zijn overgenomen tenzij Fakton daar gemotiveerd van is afgeweken.

Hierna een korte opsomming en beschrijving van de belangrijkste modificaties.

4.1. Theoretische Omzet Huur

Door het vervallen van de NHC is Fakton op zoek gegaan naar een alternatieve benaderingswijze om het beschikbaar budget voor huisvesting te bepalen.

Uiteindelijk is gekozen voor een omzet gerelateerde benadering.

Hierbij is van alle ziekenhuizen uit de jaarrekeningen van 2003-2005 de EBITDA bepaald (bedrijfsopbrengsten minus bedrijfskosten exclusief afschrijvingen en rente). Vanuit de EBITDA is het voor huisvesting beschikbare deel afgeleid en dat als gemiddelde uitgedrukt in een percentage van de omzet.

De volgende stappen zijn gezet:

- EBITDA's gecorrigeerd naar theoretische beschikbare huisvestingsbudget door:
 - De bedrijfskosten te corrigeren met de eigenaarlasten voor onderhoud en heffingen (belastingen die gerelateerd zijn aan vastgoed). Deze kosten komen terug in de vastgoedgerelateerde investeringsraming van de ziekenhuizen en moeten zodoende bij de EBITDA berekening in mindering worden gebracht.
 - Investerings in andere zaken dan huisvesting in mindering te brengen op de EBITDA.
 - Grootste posten bleken inventaris en automatisering (I en A)
 - Investerings bepaald op basis van steekproef
 - Investerings I en A per bed met differentiatie in grootte ziekenhuis bleek beste correlatie te hebben.
- Het zo gevonden theoretisch beschikbare huisvestingsbudget uitgedrukt in Theoretische Omzet Huur (TOH) als percentage van de totale omzet.

In onderstaande tabel zijn de resultaten weergegeven.

Tabel: Theoretische Omzet Huur (TOH)

TOH na investeringen, onderhoud en heffingen

TOH overall gemiddeld	7,93%
TOH 2005	8,31%
TOH 2004	8,16%
TOH 2003	7,24%

TOH in klassen van bedden

TOH 2005 meer dan 1200 bedden	8,55%
TOH 2005 van 900 tot 1200 bedden	8,57%
TOH 2005 van 600 tot 900 bedden	7,24%
TOH 2005 van 300 tot 600 bedden	7,70%
TOH 2005 tot 300 bedden	10,98%

Conclusie TOH

Fakton adviseert om in deze fase van het onderzoek uit te gaan van de gemiddelde overall theoretische omzethuur. In casu 7.9%. Dat betekent dat ziekenhuizen 7,9 % van hun omzet kunnen besteden aan huisvesting (bestaande uit onderhoud, investeringen in vernieuwbouw/renovatie en financieringen).

4.1.1. Beperkingen van het onderzoek TOH.

Bij het onderzoek naar de TOH gelden volgende beperkingen.

- Er is gebruik gemaakt van een door derden aangeleverde database van de jaarcijfers ziekenhuizen 2003-2005 (bron DTZ Zadelhoff). Bij de bepaling van

gemiddelden is de ongezuiverde database gehanteerd, er is niet gecorrigeerd ingeval van negatieve EBITDA of ingeval van ontbreken van onderhoudskosten en heffingspecificatie. Daarmee is in beginsel voorzichtig gerekend. Bij zuivering van de database op deze onderdelen zal de theoretische omzethuur hoger liggen.

- De steekproef voor de bepaling van de correcties voor investeringen in inventaris en automatisering betrof slechts 8 ziekenhuizen (2 per klasse).
- Topklinische ziekenhuizen kennen een correctie voor I en A van boven het hierboven vermelde beddenklasse gemiddelde. Deze correctie is niet meegenomen.

4.2. Restwaarde waarden door huurkapitalisatie

De restwaarde in het FI-model is zoals eerder gesteld ten onrechte standaard op de grondwaarde gesteld. Ingeval van grondwaarde is het uitgangspunt de feitelijke beëindiging van de bedrijfsactiviteiten en liquidatie van de instelling. Waarschijnlijker is, zoals ook blijkt uit de omzetverwachting van de ziekenhuizen zelf, dat aan het eind van de beschouwingperiode een full operationeel ziekenhuis met volledig huurpotentie aanwezig is. Beter is in dit geval uit te gaan van een in de vastgoedmarkt gebruikelijke waarderingswijze, de zogenaamde huurkapitalisatie van de dan beschikbare theoretische huur (de beleggingswaarde). Fakton heeft het rekenmodel hierop aangepast.

Fakton heeft bij de waardering van de beleggingswaarde aan het eind van de beschouwingperiode (restwaarde) rekening gehouden met de technische en economische veroudering van de gebouwen in een afname van de kapitalisatiefactor (de veroudering van de kapitalisatiefactor waarmee gerekend is bedraagt 0,0625 per jaar, hetgeen overeenkomt met een toename van de Exit Yield van 0,05% punt per jaar). Ook heeft Fakton in het model rekening gehouden met eventuele transactiekosten (kosten koper) ingeval het vastgoed daadwerkelijk van eigenaar wisselt. Tevens is in alle vastgoedexploitaties uitgegaan van een (ver-)nieuwbouw investering op 40 jaar, als uiteengezet in de volgende alinea.

In het geval de ziekenhuizen in hun investeringsramingen geen aantoonbare (ver-) nieuwbouwinvesteringen opnemen tegen het eind van de beschouwingperiode heeft Fakton bij de door Fakton gehanteerde benadering vernieuwbouwinvesteringen opgenomen. Uitgangspunt is dat (ver-) nieuwbouwinvesteringen ca. 50% van de nieuwbouwkosten bedragen ingeval de technische en/of economische levensduur van het vastgoed verstreken is. De technische en economische levensduur van (ver-) nieuwbouwinvesteringen is op 20 jaar gesteld. Indien de technische/economische levensduur aan het eind van de beschouwingperiode nog niet geheel verstreken is, is het rekenkundige deel van de (ver-) nieuwbouwinvesteringen opgenomen.

Daar Fakton niet beschikt over technische informatie over de omvang en samenstelling van het vastgoed zijn de (ver-) bouwkosten benaderd door deze te relateren aan het aantal bedden en een geschatte oppervlakte van 95 m² BVO per bed (bron College Bouw Zorgvoorzieningen).

4.3. Vervangingsinvesteringen tijdens de beschouwingperiode

Bij de berekeningen is Fakton in beginsel uitgegaan van de door de ziekenhuizen aangeleverde investeringsbegroting over de volledige beschouwingperiode. Na controle heeft Fakton geconstateerd dat een aantal ziekenhuizen geen of onvoldoende rekening hield met

(ver-) nieuwbouwinvesteringen tijdens de beschouwingperiode. Indien de gemiddelde investering beduidend onder het branchegemiddelde lag, is dit door Fakton gecorrigeerd. Uitgangspunt is dat (ver-) nieuwbouwinvesteringen minimaal ca. 50% van de nieuwbouwkosten bedragen ingeval de technische en/of economische levensduur van het vastgoed verstreken is. De technische en economische levensduur van (ver-) nieuwbouwinvesteringen is op 20 jaar gesteld. Ingeval de gemiddelde investering onder het uitgangspunt lag is er voor dat deel een aanvullende (ver-) nieuwbouwinvesteringen opgenomen.

4.4. Vermogenskostenvoet en bepaling nadeel

4.4.1. Rendement op eigen vermogen

Een ander gegeven waarop Fakton het rekenmodel van Finance Ideas heeft aangepast is de hoogte van het geëiste rendement op eigen vermogen. De argumenten hiervoor zijn:

- In Nederland is de sector in handen van Stichtingen zonder winstdoelstelling;
- Geen van deze stichtingen verlangt dividend;
- Winsten worden toegevoegd aan de reserves (de facto dus aan het eigen vermogen toegevoegd);
- Geen vergoeding noodzakelijk voor opportuniteit of reële rente maar enkel het doel het behouden en waardevast houden van het eigen vermogen;
- Maatschappelijk rendement is daarmee het uitgangspunt. Het rendement op eigen vermogen zou zodoende lager moeten zijn dan de geëiste rendementen op de commerciële markt;
- Dit alles betekent een vergoeding voor inflatie en risico.

Fakton adviseert te rekenen met:

inflatie	2,0%
risicopremie ev t.o.v. vv	<u>4,7%</u>
Rev	<u>6,7%</u>

Bron risico-opslag eigen vermogen: Talanton ERP Stoks T-Bonds 1926-2001

4.4.2.WACC, bedrijfswaarde, financieringsverloop in relatie tot nadeel

Bij de bepaling van de WACC wordt door Finance Ideas uitgegaan van een aandeel van 30% eigen vermogen in het totale vermogen. Het huidige branchegemiddelde ligt echter op 11%. Daarmee lijkt het te bereiken eigen vermogen uitzonderlijk hoog. Het Waarborgfonds voor de Zorgsector meldt over het weerstandvermogen het volgende:

Start citaat: "Wat moet de vermogensdoelstelling zijn? Dat hangt sterk af van de ontwikkeling van de bedrijfsrisico's in de verschillende sectoren als gevolg van het marktwerkingbeleid. Het WFZ acht een weerstandvermogen van 10 à 15% gepast, gelet op de huidige fluctuaties in de exploitatieresultaten. Zeker voor ziekenhuizen lijkt eerder 15% dan 10% als richtsnoer aan te bevelen. Indien in de komende periode integrale tarieven worden ingevoerd, nemen de exploitatiefluctuaties alleen maar toe. Een te laag weerstandvermogen belemmert het slagvaardig opereren op een concurrerende markt. Wie financieel dicht langs de rand van de afgrond fietst, kan zich weinig risico's meer permitteren". Einde citaat.

Naar aanleiding van bovenstaande is door Fakton een weerstandvermogen van 15% opgenomen in de berekeningen. Aandachtspunt voor de toekomst is hierbij dat de zekerheden en risico's voor de financiers niet aanzienlijk wijzigen. Bij voortzetting van de door het Waarborgfonds gegarandeerde aflossing en rentebetaling is aan die voorwaarde voldaan.

De berekeningswijze van bedrijfswaarde met een WACC veronderstelt een constante vermogensverdeling van EV en VV. Dit is in werkelijkheid echter niet het geval. Op de gehanteerde wijze wordt het verschil tussen bedrijfswaarde en totale financieringslast in voorkomende gevallen anders voorgesteld dan wanneer de "free cashflow" na financiering wordt verdisconteerd tegen het geëiste rendement op eigen vermogen. Naast de discontering van de free cashflow tegen de WACC is het nodig het werkelijke financieringsverloop te volgen.

Fakton heeft zowel het financieringsverloop alsmede het verloop van liquide middelen in het Finance Ideas model aangepast. Hierbij geldt dat overtollige liquide middelen in enig jaar gebruikt worden om de externe financiering af te lossen. Bij een tekort aan liquide middelen of cashflow wordt het tekort geleend. Aan het eind van de beschouwingperiode wordt het vastgoed denkbeeldig verkocht en de restant schuld afgelost uit de verkoopopbrengst. Het saldo van deze twee wordt uitgedrukt in een contante waarde bij aanvang van de beschouwingperiode tegen het geëiste rendement op eigen vermogen. Dit geeft een beter en breder beeld van het mogelijke vermogensnadeel.

4.5. Indices en indexen

Fakton is van mening dat de omzetgroeiprognose door Finance Ideas te laag is ingezet. Endogene factoren zoals vergrijzing, fusies en overnamen zullen voor hogere groeipercentages zorgen. Fakton heeft op verzoek van de commissie gerekend met een structurele omzetgroei van 4% (Bron: ING, Vastgoedmarkt juni/juli 2008).

Uit recent onderzoek is gebleken dat na gereedkomen van (ver-) nieuwbouw er een eenmalige omzetstijging optreedt naast de trendmatige omzetgroei. Bij totale nieuwbouw bedraagt de extra omzetgroei 11% en bij renovatie/ vernieuwbouw 9%. (bron: advies van College Bouw Zorginstellingen aan de Commissie) In hoeverre de omzetgroei tijdens of direct voorafgaand aan de ver- nieuwbouw negatief beïnvloed wordt is niet duidelijk. Van een extra incidentele extra groei na (ver-) nieuwbouw of renovatie is daarom in de berekeningen voorshands afgezien.

De overige indexen zoals kostenindex, huurindex en inflatie lijken te laag te zijn ingezet. Hogere indexen zijn, gezien de huidige inzichten, meer waarschijnlijk. Fakton heeft zich hierbij gebaseerd op inflatiecijfers van het CBS, andere economische voorspellingen en op het formele inflatiebeleid van de Europese Centrale Bank. Naar aanleiding van deze cijfers worden de volgende parameters gehanteerd.

Parameters rekenmodel

Inflatie	2,00%
Bouwkostenstijging	3,00%
Waardestijging grond	3,00%

5. Resultaten van de modificaties

Met het gemodificeerde model en de aangepaste input zoals hiervoor beschreven is voor alle ziekenhuizen met een voldoende databeschikking een berekening uitgevoerd. Bij 6 ziekenhuizen bleek onvoldoende data aanwezig om de berekeningen uit te voeren. Bij alle ziekenhuizen is een zelfde beschouwingperiode gehanteerd, 40 jaar, startend in 2007.

De door de ziekenhuizen aangeleverde omzet in 2005, de verwachte en voorgenomen investeringen, de boekwaarde van de financiering (exclusief trekkingsrechten) zijn één op één overgenomen.

Zoals eerder vermeld staan de volgende drie aspecten centraal in het onderzoek en waarderingsconcept:

- geeft de waarde van de vastgoedexploitatie voldoende zekerheden voor de financiers;
- is er sprake van liquiditeitsproblemen;
- is een gezonde bedrijfsvoering mogelijk.

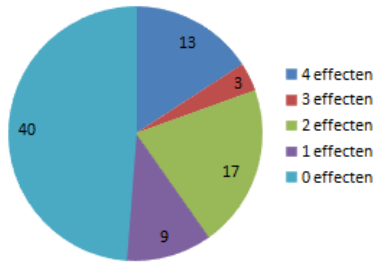
Fakton heeft deze zaken getoetst door te controleren of er na berekeningen sprake is van:

- a. Een lagere bedrijfswaarde dan de totale financieringslast van het vastgoed bij aanvang van de beschouwingperiode;
- b. Een negatief restsaldo nadat de financiering aan het eind van de beschouwingsperiode wordt afgelost uit de denkbeeldige verkoop van het vastgoed (liquidatiesaldo);
- c. Een liquiditeitseffect tijdens de beschouwingperiode ingeval de interest coverage rate niet gehaald wordt;
- d. Een solvabiliteitseffect in de eerste vijf jaar van de beschouwingperiode ingeval de streefsolvabiliteit van 15% niet gehaald wordt.

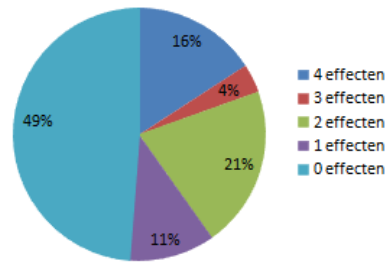
Zoals uit figuur 1 blijkt ligt, volgens de FI-berekeningen, de bedrijfswaarde bij 39% van de beschouwde ziekenhuizen bij aanvang van de beschouwingperiode onder de totale financieringslast. Waarmee een nadeel zou kunnen worden ervaren indien de banken de financiering niet continueren. De contante waarde van het restsaldo bij aflossing van de financiering aan het eind van de beschouwingperiode (liquidatiesaldo) is bij 20% negatief. Bij c.a. 6% van het aantal beschouwde ziekenhuizen treedt onder de genoemde aannamen een liquiditeitseffect tijdens de beschouwingperiode op. Gedurende de eerste 5 jaar van de beschouwingperiode wordt bij c.a. de 54% van het aantal beschouwde ziekenhuizen de streefsolvabiliteit van 15% niet gehaald.

Een kanttekening kan worden geplaatst bij de gevoeligheid voor uitkomsten ten gevolge van de input. Vooral de aannamen inzake indexering, restwaardebenadering en de Theoretische Omzet Huur (TOH) zijn hierbij doorslaggevend. Een geringe aanpassing daarvan maakt dat er geen tekort meer bestaat tussen de bedrijfswaarde en de financieringslast.

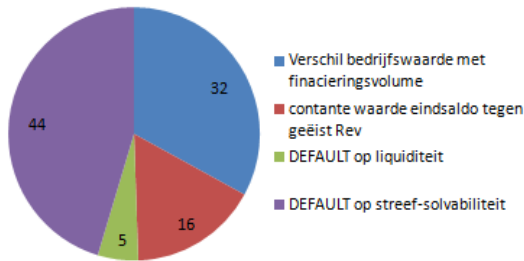
Aantal ziekenhuizen met effecten conform ziekenhuis



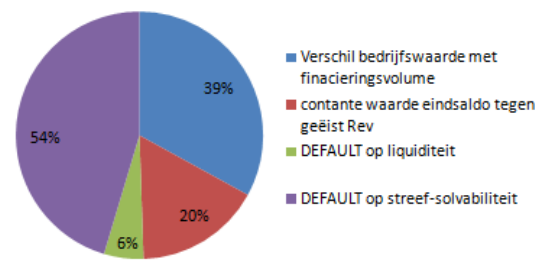
Aantal ziekenhuizen met effecten conform ziekenhuis in %



Totaal aantal geconstateerde effecten naar groep conform ziekenhuizen



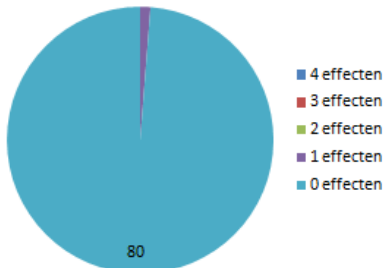
Totaal aantal geconstateerde effecten naar groep conform ziekenhuizen in %



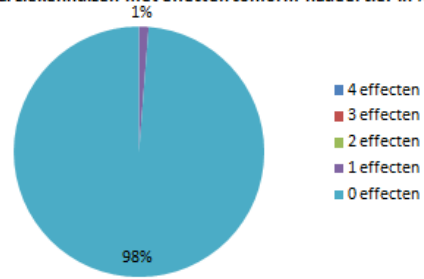
FIGUUR 1: resultaten op basis van FI-cijfers

Onder de input en aannamen van de commissie en Fakton ligt bij geen van de beschouwde ziekenhuizen de bedrijfswaarde bij aanvang van de beschouwingperiode onder de financieringslast. Bij één ziekenhuis treedt kortstondig onder de genoemde aannamen een liquiditeitseffect op. Gedurende de eerste 5 jaar van de beschouwingperiode wordt bij alle ziekenhuis de streefsolvabiliteit van 15% gehaald.

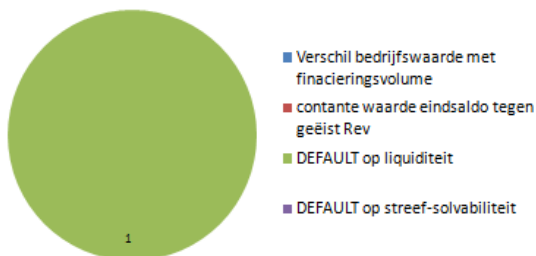
Aantal ziekenhuizen met effecten conform nadeel cie.



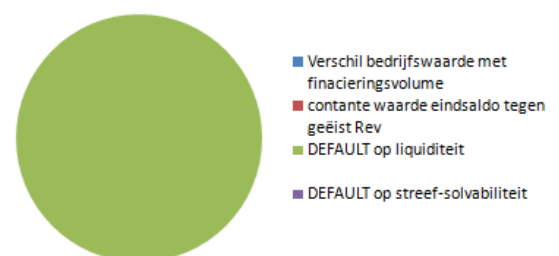
Aantal ziekenhuizen met effecten conform nadeel cie. in %



Totaal aantal geconstateerde effecten naar groep conform nadeel cie.



Totaal aantal geconstateerde effecten naar groep conform nadeel cie. in %



FIGUUR 2: resultaten op basis van FI-cijfers en Fakton modificaties

6. Conclusies

In het onderzoek van de commissie over de gevolgen die ziekenhuizen kunnen ondervinden van de invoering van integrale, risicodragende kapitaallasten ten behoeve van hun huisvesting staan drie aspecten centraal:

- geeft de waarde van de vastgoedexploitatie voldoende zekerheden voor de financiers;
- is er sprake van liquiditeitsproblemen;
- is een gezonde bedrijfsvoering mogelijk.

Hiervoor is door de branche een waarderingsconcept en methode ontwikkeld. Met dat denkconcept en de waarderingsmethode is Fakton het op hoofdlijnen eens. Op onderdelen denkt Fakton over het waarderingsconcept anders. Op deze onderdelen heeft Fakton het rekenmodel aangepast. De belangrijkste aspecten betreft de voor huisvesting beschikbare theoretische omzethuur, de hoogte van de omzetgroei, de inflatie, de restwaardebenadering, de (ver-) nieuwbouwinvesteringen, de disconteringsvoet en de aflossing van de financiering.

Na deze modificaties heeft Fakton geconstateerd dat binnen dat waarderingsconcept bij geen van de onderzochte ziekenhuizen sprake is van:

- a. Een lagere bedrijfswaarde dan de totale financieringslast van het vastgoed bij aanvang van de beschouwingperiode;
- b. Een negatief restsaldo nadat de financiering aan het eind van de beschouwingsperiode wordt afgelost uit de denkbeeldige verkoop van het vastgoed (liquidatiesaldo);
- c. Een liquiditeitseffect tijdens de beschouwingperiode ingeval de interest coverage rate niet gehaald wordt (met uitzondering van een ziekenhuis);
- d. Het niet-halen van de streefsolvabiliteit van 15% in de eerste vijf jaar van de beschouwingperiode

Daarmee is binnen de grenzen en afbakening van het waarderingsmodel geen sprake van beperking van het weerstandvermogen en of liquiditeitseffecten bij de ziekenhuizen.

7. Aanbevelingen

Ten behoeve van de verdere aanscherping van het rekenmodel van Fakton wordt het volgende aanbevolen:

Ten eerste, de werkelijke kostenvoet en de flexibiliteit in de samenstelling en voorwaarden van het Vreemd Vermogen zijn nog niet onderzocht. Niet overal zal op korte termijn sprake zijn van een mogelijkheid om de diverse projectleningen om te zetten in een flexibele bedrijfsfinanciering op cashflowbasis zoals in het rekenmodel is opgenomen. Er zullen zeker nog beter passende vormen, zoals het vastgoed van ziekenhuizen als belegging, worden ontwikkeld. Echter, in de eerste 2 a 3 jaren hiernaar toe, zullen aanloopproblemen mogelijk resulteren in de vraag om aanvullende zekerheden naast het Waarborgfonds voor de Zorgsector (in de periode voor de aanpassingen van financieringsarrangementen aan de kasstroom en de liquiditeitsbehoefte). Wellicht is een

aanpassing van de toelatingsvereisten en nieuwe borgingscriteria van het Waarborgfonds voor de Zorgsector noodzakelijk. Verder onderzoek wordt aanbevolen.

Ten tweede wordt aanbevolen onderzoek te verrichten naar nieuwe financieringsvormen en de investeringsinteresse van tot nu toe in de zorg onbekende partijen die met het beoogde ondernemerschap van de ziekenhuizen (bedrijfsinkomsten o.b.v. verrichte DBC's), de vrijval restwaarde én de volledige juridische en economische beschikkingsbevoegdheid van de activa worden bereikt. Hiermee is in het model tot op heden geen rekeningen gehouden.

Ten derde, in het rekenmodel is geen rekening gehouden met een gedeeltelijke en/ of gefaseerde afschaffing van het kapitaallastensysteem, maar met een "Big Bang" scenario. In geval van gedeeltelijke of gefaseerde invoering zijn er op korte termijn minder risico's voor de ziekenhuizen.

Evenmin is in de berekening van de bedrijfswaarde en een eventueel nadeel rekening gehouden met vrijkomend vermogen uit, of verhoging van, de bezettingsgraad van gebouwen en voorzieningen tengevolge van efficiencymaatregelen. In verder vervolg dient hiermee rekeningen te worden gehouden.

Tot slot is Fakton van mening dat ook na de modificaties de uitkomst van het rekenmodel slechts een onderbouwde indicatie geeft. Macro-economische ontwikkelingen, bijzondere kenmerken van individuele ziekenhuizen alsmede de verdere invulling van het liberaliseringstraject zijn bepalende factoren die de uitkomst van het model kunnen/zullen beïnvloeden.

Bijlage 4: Advies mr. M. Gelpke, van der Feltz advocaten

VAN DER FELTZ

a d v o c a t e n

Samenvattende notitie

t.b.v. de Commissie Nadeelcompensatie afschaffing bouwregime waaronder nacalculatie
gebouwbonden kapitaallasten van ziekenhuizen;
van M.E. Gelpke, Van der Feltz advocaten, september 2008.

Resumerend

1. De vraag of een ziekenhuis in financiële moeilijkheden komt c.q. de vraag of de solvabiliteit van een ziekenhuis een bepaald minimum onderschrijdt als gevolg van de wijziging van het regime, is vermoedelijk geen houdbaar criterium voor het wel of niet toekennen van nadeelcompensatie.
2. Nadeelcompensatie is vermoedelijk geen geschikt instrument om snel hulp te bieden aan een ziekenhuis dat als gevolg van de wijziging in het regime in financiële moeilijkheden komt.
3. Onder deze omstandigheden is het zinvol te bezien of het overgangsregime kan worden verduidelijkt en aangevuld, onder meer met een hardheidsclausule voor een ziekenhuis dat ondanks dit (aangevulde) overgangsregime onverhoopt in financiële moeilijkheden komt.
4. Daarnaast kan een nadeelcompensatieregeling worden aangereikt met de vereiste procedurele en materiële bepalingen, voorzien van een toelichting welke is afgestemd op de onderhavige, specifieke schadeoorzaak. De toekenningsbeslissingen en de betaling van nadeelcompensatie in individuele gevallen kunnen waarschijnlijk het beste in handen blijven van de minister. Aan de toekenningsbeslissing moet onafhankelijke advisering vooraf gaan. Beoordeeld moet worden of een individueel ziekenhuis een onevenredig vermogens- of inkomensnadeel lijdt, in verhouding tot de overige ziekenhuizen.
5. De toekenningsbeslissingen zullen waarschijnlijk pas over enkele jaren genomen kunnen worden. In de tussentijd hebben de ziekenhuizen een schadebeperkingsplicht.

Égalité devant les charges publiques

Level playing field

6. Nadeelcompensatie is het sluitstuk van rechtmatige overheidsmaatregelen. De algemeen aanvaarde grondslag voor de toekenning van nadeelcompensatie is het beginsel van de *égalité devant les charges publiques*, dat één van de verschijningsvormen is van het gelijkheidsbeginsel. Indien een bestuursorgaan in de rechtmatige uitoefening van zijn publiekrechtelijke bevoegdheid of taak schade veroorzaakt die uitgaat boven het normaal maatschappelijk risico en een benadeelde in vergelijking met anderen onevenredig zwaar treft, kent het bestuursorgaan de benadeelde op zijn aanvraag een vergoeding toe, zo luidt de formulering in het voorontwerp van de wet Schadevergoeding bij rechtmatige en onrechtmatige overheidsdaad. Deze formulering codificeert de algemeen aanvaarde opvattingen, en de rechtspraak.
7. Het gaat bij nadeelcompensatie om een vergelijking van de gevolgen van rechtmatige overheidsmaatregelen voor de burgers, ondernemingen e.d. die het aangaat. Bezien moet worden of één of meer van hen, in vergelijking tot de overige partijen, een onevenredig nadeel lijden. Het beginsel van de gelijkheid voor de publieke lasten brengt mee dat eventueel onevenredig nadeel wordt gecompenseerd.
8. Indien ondernemingen die worden geconfronteerd met de rechtmatige overheidsmaatregelen onderling in concurrentie staan, komt het gelijkheidsbeginsel tevens tot uitdrukking in het *level playing field*. Nadeelcompensatie kan nodig zijn om een (onevenredige) verstoring van het *level playing field* te compenseren. Dit ziet men bijvoorbeeld bij de toekenning van nadeelcompensatie aan ondernemingen die met bovennormale milieu-investeringen worden geconfronteerd.

Doelstellingen van de minister

Eigenschappen van nadeelcompensatie

9. De politieke achtergrond van de instelling van de commissie is, dat de minister van VWS bij verschillende gelegenheden aan de Tweede Kamer en de NVZ heeft aangegeven dat hij wil voorkomen dat ziekenhuizen door de afschaffing van het bouwregime, waaronder nacalculatie van de gebouwgebonden kapitaallasten, in onoverkomelijke financiële problemen komen. In de instellingsbeschikking (de ministeriële regeling waarin de commissie is benoemd en waarin de opdracht is geformuleerd) wordt in de toelichting opgemerkt, dat er in ieder geval sprake is van een onevenredig zwaar getroffen ziekenhuis

indien als gevolg van de maatregel binnen afzienbare tijd de solvabiliteit in onevenredige mate achteruitgaat. Alleen onevenredige schade wordt gecompenseerd: indien de solvabiliteit niet verder zakt dan tot een nader te bepalen minimum en/of met een nader te bepalen omvang komt de instelling niet in aanmerking voor compensatie, aldus de toelichting op de instellingsbeschikking.

10. De instellingsbeschikking gaat er terecht vanuit dat de toekenning van nadeelcompensatie afhankelijk kan worden gemaakt van - bijvoorbeeld - de mate waarin de solvabiliteit daalt. Dat is een objectief, voor alle ziekenhuizen gelijk criterium. Echter, de vraag of een instelling in onoverkomelijke financiële moeilijkheden komt c.q. de vraag of de solvabiliteit van een instelling een bepaald minimum onderschrijft, is naar alle waarschijnlijkheid geen houdbaar criterium voor het wel of niet toekennen van nadeelcompensatie. Deze vragen houden namelijk verband met de individuele draagkracht c.q. de individuele vermogenspositie van de ziekenhuizen. De individuele draagkracht of vermogenspositie van de benadeelde mag volgens de Hoge Raad (arrest van 3 april 1998, NJ 1998, 726, Meiland/Staat), die hierin wordt gevolgd door rechtsgeleerde auteurs, geen rol spelen bij de beantwoording van de vraag of sprake is van een onevenredige last. Dat zou, aldus de Hoge Raad, leiden tot een niet naar objectieve criteria te rechtvaardigen, slechts op individuele draagkrachtverschillen berustend onderscheid binnen de groep van getroffen ondernemers.
11. De minister moet derhalve rekening houden met de mogelijkheid dat bij toekenning van nadeelcompensatie aan ziekenhuizen waarvan de solvabiliteit beneden een bepaalde drempel is gedaald, eveneens nadeelcompensatie moet worden toegekend aan ziekenhuizen die een vergelijkbare daling in solvabiliteit hebben ondergaan maar die niet in financiële moeilijkheden komen omdat zij qua vermogen een betere startpositie hadden. De toekenning van nadeelcompensatie aan ziekenhuizen in moeilijkheden kan juridische en budgettaire gevolgen hebben die mogelijk niet voorzien of gewenst zijn.
12. Uit de instellingsbeschikking blijkt dat de minister snelle en adequate hulp wil bieden indien ziekenhuizen als gevolg van de wijziging van het regime in onoverkomelijke financiële moeilijkheden komen te verkeren. Bij nadeelcompensatie is het echter gebruikelijk dat de individuele (definitieve) toekenningsbeslissing pas wordt genomen nadat de schadeveroorzakende maatregelen zijn voltooid en, voor zover zij bij de bestuursrechter appellabel zijn, onherroepelijk zijn geworden. Eerst dan is voldaan aan de eerste voorwaarde voor toekenning van nadeelcompensatie. Eerst dan staat namelijk het bestaan en de rechtmatigheid van de schadeveroorzakende maatregelen onherroepelijk vast.
13. Pas daarna kan definitief beoordeeld worden of aan de overige vereisten voor toekenning of aan de uitzonderingsgronden is voldaan:

- hebben de maatregelen schade veroorzaakt,
- gaat deze schade uit boven het normaal maatschappelijk risico of het ondernemersrisico,
- wordt de benadeelde in vergelijking tot anderen onevenredig zwaar getroffen,
- heeft de benadeelde het risico aanvaard,
- heeft de benadeelde redelijke maatregelen ter voorkoming of beperking van schade genomen,
- is vergoeding van de schade niet langs andere weg verzekerd.

De toekenning van nadeelcompensatie volgt derhalve in de tijd op het voltooid zijn en het onherroepelijk worden van de schadeveroorzakende maatregelen.

14. De (potentieel) schadeveroorzakende maatregelen worden in casu neergelegd in een reeks van besluiten: algemeen verbindende voorschriften, aanwijzingen, beleidsregels en beschikkingen op basis van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Deze besluiten zijn nog lang niet allemaal genomen. Het invoeringstraject is bovendien nog aan wijzigingen onderhevig. Dat blijkt onder meer uit de besluitvorming betreffende het al dan niet invoeren van maatstafconcurrentie, en het tempo van overheveling van productgroepen van het A-segment naar het B-segment.
15. Uiteraard is denkbaar dat er in een vroeg stadium voorschotten op de eventueel toe te kennen nadeelcompensatie worden verstrekt om een acute nood te lenigen, maar daaraan zijn meerdere nadelen verbonden. In de eerste plaats is de bepaling van de hoogte van een voorschot geen eenvoudige zaak (zie hierna onder de kop Nadeelcompensatie). In de tweede plaats moet de ontvanger van het voorschot rekening houden met de mogelijkheid dat het voorschot uiteindelijk geheel of gedeeltelijk moet worden terugbetaald. In de derde plaats is niet ondenkbaar dat er bij de verlening van voorschotten precedenten ontstaan die later betreurd worden.
16. Indien de minister primair heeft beoogd snelle en adequate hulp te bieden aan (uitsluitend) ziekenhuizen die - als gevolg van de afschaffing van het bouwregime en de nacalculatie op de gebouwgebonden kapitaallasten - op korte termijn in onoverkomelijke financiële moeilijkheden komen, zijn er andere instrumenten waarmee de minister zijn doeleinden beter kan verwezenlijken. Deze andere instrumenten kunnen het beste - en moeten in feite - aan de uitvoering van de nadeelcompensatieregeling vooraf gaan. Ook al zijn de andere instrumenten succesvol, het blijft denkbaar dat één of meer ziekenhuizen desalniettemin, in verhouding tot de overige ziekenhuizen, onevenredige schade lijden. Hierna komen eerst de andere instrumenten en vervolgens de nadeelcompensatieregeling aan de orde.

Andere instrumenten

Overgangsregime en hardheidsclausule

17. Nadeelcompensatie is - zoals boven reeds werd opgemerkt - het sluitstuk van rechtmatige besluitvorming. De eerste vraag die zich opdringt is, of de kans op het ontstaan van onevenredige schade nog kleiner kan worden gemaakt. Dit zou vanuit een oogpunt van zorgvuldigheid en een redelijke belangenafweging gewenst kunnen zijn. Daartoe zou de minister kunnen overgaan tot verheldering en aanvulling van het overgangsregime.
18. Een overgangsregime kan bestaan uit een gefaseerde inwerkingtreding van het nieuwe regime. Daarvan is in feite al sprake, in zoverre dat de afschaffing van de nacalculatie op de gebouwgebonden kapitaallasten in gedeelten plaatsvindt door een stapsgewijze overheveling van productgroepen van het A-segment naar het risicodragende B-segment. De tijdstippen en de omvang van de overheveling zijn echter aan keuzemomenten onderhevig. Wellicht kan over de tijdstippen en de omvang van de overheveling nog meer duidelijkheid worden gegeven.
19. Het overgangsregime kan evenwel meer inhouden dan een stapsgewijze overheveling. Gedacht kan worden aan de suggestie, de gevolgen van de overheveling over een aantal jaren te spreiden. Voor de overgehevelde productgroepen zou bijvoorbeeld kunnen gelden dat de kapitaallastenvergoeding 33 % risicodragend is in jaar één na de overheveling, 66 % in jaar twee, en 100 % in jaar drie.
20. Dergelijke maatregelen kunnen het proces van aanpassing aan het nieuwe regime versnellen en vereenvoudigen, en de juridische houdbaarheid vergroten. Een gefaseerde inwerkingtreding aangevuld met een fasering van de gevolgen geeft de ziekenhuizen de gelegenheid te wennen aan de nieuwe situatie en geeft bovendien de minister en de NZa de gelegenheid bij te sturen als dat onverhoopt nodig mocht blijken.
21. Tenslotte kan gedacht worden aan een hardheidsclausule ten behoeve van ziekenhuizen die ondanks de fasering van de overheveling en/of de fasering van de gevolgen in financiële moeilijkheden komen te verkeren, als gevolg van de wijziging van het regime. Een hardheidsclausule is, anders dan nadeelcompensatie, op die doelgroep toegespitst.
22. Het onder auspiciën van de commissie ontwikkelde rekenmodel kan wellicht gebruikt worden om vooraf door te rekenen of de ziekenhuizen onder het (aangevulde) overgangsregime naar behoren kunnen functioneren. De hardheidsclausule is dan eigenlijk alleen bestemd voor het onverhoopte geval dat er in één of meer ziekenhuizen toch een probleem ontstaat.

23. Het ontwerpen en uitvoeren van een aangepast overgangsregime met een hardheidsclausule of vangnet kan - binnen de kaders van de Wmg - aan de NZa worden opgedragen. Eventueel kan de minister zijn wensen aan de NZa kenbaar maken of een formele aanwijzing geven.
24. Bij dit alles kan het hoofdstuk Overgangsrecht in de Aanwijzingen voor de regelgeving een leidraad vormen. Bij het overwegen van een overgangsregime zijn het vertrouwensbeginsel, de redelijkheid en de billijkheid, en de rechtszekerheid van belang.

Nadeelcompensatie

25. Ofschoon een nadeelcompensatietraject na een succesvolle aanpassing van het overgangsregime overbodig kan zijn geworden, biedt het bestuurlijke voordelen een adequate nadeelcompensatieregeling in het leven te roepen. Indien een adequate nadeelcompensatieregeling voorhanden is, kunnen belanghebbenden er vanaf zien tegen de schadeveroorzakende maatregelen bezwaar of beroep in te stellen, indien hun enige bezwaar is dat zij (mogelijk) onevenredige schade zullen lijden. Indien een adequate nadeelcompensatieregeling voorhanden is kan het bestuursorgaan, ter beantwoording van een dergelijk bezwaar, in de regel volstaan met een verwijzing naar de nadeelcompensatieregeling. Een adequate nadeelcompensatieregeling heeft derhalve tot gevolg dat de juridische beoordeling van de schadeveroorzakende maatregelen wordt ontkoppeld van de vraag of één of meer van de getroffen ondernemers onevenredige schade lijden.
26. Een adequate nadeelcompensatieregeling bevat alle noodzakelijke procedurele bepalingen met betrekking tot hoor en wederhoor, advisering door een commissie van onafhankelijke deskundigen, een voorschotregeling etc.. De materiële bepalingen in een nadeelcompensatieregeling plegen in tamelijk algemene bewoordingen te worden geformuleerd (met vergelijkbare bewoordingen als zijn gebezigd in de instellingsbeschikking). Een nadeelcompensatieregeling bevat meestal geen concrete rekenmethoden. Alleen in eenvoudige gevallen, zoals bij de verlegging van kabels en leidingen in het publieke belang, worden in de nadeelcompensatieregeling vaak staffels neergelegd waarmee de kabel- en leidingbeheerders aan de hand van de liggingduur kunnen berekenen welke vergoeding zij kunnen claimen. In de overige gevallen pleegt een algemeen geformuleerde nadeelcompensatieregeling met toelichting te worden vastgesteld.
27. In het kader van de gewenste juridische ontkoppeling van de schadeveroorzakende maatregelen en de eventuele toekenning van nadeelcompensatie is het niet verhelderend de nadeelcompensatie te laten toekennen door de NZa in de vorm van toevoegingen aan het budget op basis van de FB-systematiek. De NZa heeft erop gewezen dat dit leidt tot

complicaties in verband met de wettelijke bevoegdheidsverdeling in de Wmg. Dat kan weer tot onnodige procedures leiden, van de kant van de ziekenhuizen, en van de zorgverzekeraars.

Het ligt meer voor de hand de nadeelcompensatie te zijner tijd te laten toekennen en uitkeren door de minister zelf, bij afzonderlijk besluit, nadat de schadeveroorzakende besluiten - voor zover zij appellabel zijn - onherroepelijk zijn geworden.

28. Het is gebruikelijk, behoudens gevallen van evidente niet-ontvankelijkheid of ongegrondheid van het verzoek, dat voordat een beslissing wordt genomen op het verzoek, eerst een op het individuele geval afgestemd advies van (meestal drie) onafhankelijke deskundigen wordt ingewonnen. Dat wordt door de bestuursrechter min of meer zo geëist. Indien uw commissie niet overgaat tot een advisering/begroting van de nadeelcompensatie in het individuele geval, dienen daarvoor te gelegener tijd andere onafhankelijke deskundigen te worden benoemd. In gevallen waarin bedrijfsschade aan de orde kan zijn, ziet men vaak dat de commissie van onafhankelijke deskundigen wordt bemenst met een gespecialiseerde advocaat, een taxateur en een accountant. Zij moeten hun advies zo veel mogelijk baseren op objectieve gegevens. De ervaring en intuïtie van de onafhankelijke deskundigen kan zo nodig een aanvullende rol spelen. Zoals hierna zal blijken zullen zij in hun advies moeten ingaan op allerlei - soms moeilijk te beantwoorden - vragen betreffende de (on)evenredigheid van het nadeel, de causaliteit, de schadebeperkingsplicht, de aard en de omvang van de schade, etc.. Deze vragen moeten zo veel mogelijk geobjectiveerd worden beantwoord. Leidraad daarbij is, dat het ziekenhuis in de gegeven omstandigheden zou hebben gehandeld als een redelijk handelend ondernemer. De werkelijke keuzes van de verzoeker zijn niet zonder meer maatgevend.
De beoordeling moet zoveel mogelijk op objectieve feiten en gegevens worden gebaseerd. Dat zo zijnde, kan aanvullende betekenis toekomen aan de ervaring en intuïtie van de onafhankelijke deskundigen die het bestuursorgaan adviseren. Dat wordt door de rechter geaccepteerd.
29. Ofschoon het nog (te) vroeg is om iets te zeggen over de toekenning van nadeelcompensatie in individuele gevallen, is het goed om stil te staan bij enkele aspecten van de individuele beoordeling van verzoeken om nadeelcompensatie. Dat betreft in de eerste plaats de vraag of er sprake is van schade.
30. Van vermogensschade spreekt men bij een nadeel in de vermogenssfeer. Bijvoorbeeld: waardevermindering van de bedrijfsmiddelen. Voor de bepaling van de waarde en de waardevermindering wordt in beginsel uitgegaan van de marktwaarde van de bedrijfsmiddelen bij een veronderstelde verkoop in het vrije economische verkeer. Bij de bepaling van de waarde of de waardevermindering van onroerend goed wordt gekeken naar de fysieke hoedanigheden en gebruiksmogelijkheden, en naar de juridische

gebruiksmogelijkheden (het bestaande bestemmingsplan, maar ook de bereidheid van de gemeente om het bestemmingsplan aan te passen).

Het is vooralsnog de vraag of afschaffing van de nacalculatie op de gebouwgebonden kapitaallasten inderdaad leidt tot vermogensschade in deze zin.

31. Bij een nadeel in de vorm van lagere inkomsten en/of hogere lasten dat wordt geleden gedurende een bepaalde periode, spreekt men van inkomensschade. De afschaffing van de nacalculatie op de gebouwgebonden kapitaallasten kan op het eerste gezicht tot inkomensschade leiden. De ziekenhuizen vinden de kapitaallasten niet meer gegarandeerd in hun tarieven terug.
32. Bij de beoordeling van de causaliteit gaat het om de vraag of de gestelde schade in een zodanig verband staat met de schadeveroorzakende maatregelen dat zij aan het bestuursorgaan kan worden toegerekend als een gevolg van de schadeveroorzakende maatregelen. Daarbij is mede de aard van de aansprakelijkheid en van de schade van belang (art. 6:98 BW). Voorts is van belang in hoeverre de schade het gevolg is van een omstandigheden die aan de benadeelde zelf kunnen worden toegerekend (art. 6:101 BW). Bij omstandigheden die aan de benadeelde zelf kunnen worden toegerekend, moet bijvoorbeeld worden gedacht aan omstandigheden die bestonden voorafgaand aan de schadeveroorzakende maatregelen en die tot de risicosfeer van de benadeelde zelf behoren. Onder omstandigheden kan een reeds bestaande ongezonde financiële situatie worden gezien als een aan de benadeelde zelf toe te rekenen omstandigheid. Voorts kan worden gedacht aan actieve en passieve risicoaanvaarding. Actieve risicoaanvaarding doet zich mogelijk voor bij ziekenhuizen die in hun onroerend goed hebben geïnvesteerd, nadat zij op grond van gepubliceerde beleidsvoornemens (de eerste kapitaallastenbrief?) rekening moesten houden met de mogelijkheid van een wijziging van het regime. Van passieve risicoaanvaarding kan sprake zijn indien de instelling na de publicatie van de beleidsvoornemens heeft afgezien van de gunstige mogelijkheden die het oude regime nog bood.
33. Schadeposten welke zijn ontstaan vóór de inwerkingtreding van de schadeveroorzakende maatregelen, plegen in beginsel niet te worden vergoed, omdat niet voldaan is aan het vereiste van causaal verband. Denk aan aanpassing van bouwplannen, stopzetting van een aanbesteding, of temporisering van bouwplannen vóór de inwerkingtreding van het nieuwe regime. Op dit beginsel kan evenwel uit overwegingen van redelijkheid en billijkheid een uitzondering worden gemaakt onder meer indien sprake is geweest van schadebeperkend handelen door de verzoeker.
34. Vervolgens rijst de vraag of er sprake is van een boven het normaal maatschappelijk risico of het ondernemersrisico uitstijgende last, waardoor het ziekenhuis in vergelijking tot

andere ziekenhuizen onevenredig wordt getroffen. Aandacht is gevraagd voor de positie van ziekenhuizen die net geïnvesteerd hebben in nieuwbouw of renovatie. Het verschil tussen deze ziekenhuizen en de overige ziekenhuizen is, dat zij in een andere fase van de investeringscyclus zitten. De vraag is, in hoeverre dat, ten opzichte van de overige ziekenhuizen, een onevenredig nadeel oplevert. Ziekenhuizen moeten op de lange termijn allemaal hetzelfde doen: de kapitaallasten van de gehele investeringscyclus (terug)verdienen met het leveren van productie. Een redelijk handelend ziekenhuis dat gehuisvest is in een ouder gebouw, zal (kunnen) sparen voor renovatie of nieuwbouw. Een redelijk handelend ziekenhuis dat kort geleden is overgegaan tot nieuwbouw of renovatie, profiteert als het goed is van de exploitatiemogelijkheden van de nieuwbouw of de renovatie en zal wellicht onderzoeken of het zijn schulden (aflossingsverplichtingen) kan herstructureren.

Voor een gemotiveerde beslissing inzake de (on)evenredigheid van het eventuele nadeel moet bezien worden wat de gevolgen zijn geweest voor de overige ziekenhuizen.

35. In theorie is denkbaar, dat alle ziekenhuizen onevenredig zwaar getroffen worden door het nieuwe regime, in vergelijking tot andere groepen van burgers, instellingen of ondernemers in Nederland. Dat standpunt is echter weinig aannemelijk. Het nieuwe regime komt erop neer dat de ziekenhuizen op het punt van de gebouwgebonden kapitaallasten eigen verantwoordelijkheid te dragen krijgen. Daarin verschillen de ziekenhuizen dan niet (meer) van vele andere onroerend goed gebruikers. Het dragen van verantwoordelijkheid voor de eigen huisvestingslasten is een normale zaak.

36. Een belangrijk element is de schadebeperkingsplicht van de verzoeker. De benadeelde is gehouden het redelijke te doen. Tot het onmogelijke is niemand gehouden. Redelijke kosten van schadebeperkende handelingen kunnen voor vergoeding in aanmerking komen. Ziekenhuizen worden thans, meer dan voorheen, aan de tucht van de markt onderworpen. De beoordeling van hun schadebeperkingsverplichtingen dient derhalve plaats te vinden in dat licht, en aan de hand van de omstandigheden waarin het ziekenhuis verkeert. Voor deze beoordeling kan van belang zijn hoe de onderhandelingspositie van het ziekenhuis ten opzichte van de zorgverzekeraar is, gelet op de adherentie, de ligging, de capaciteit, de concurrentie, etc.. Tevens kan van belang zijn of er overtollig of te duur onroerend goed is, dat (meer) rendabel kan worden gemaakt, of redelijkerwijze had kunnen worden gemaakt. Bijvoorbeeld door verhuur, of door afstoting of vervanging. Deze mogelijkheden mogen in de beschouwing worden betrokken. Het is niet altijd eenvoudig te beoordelen wat een redelijk handelend ondernemer in de gegeven omstandigheden zou doen of zou hebben gedaan. Echter, de deskundigen, de bestuursorganen en de rechters in onteigenings-,

planschade- en nadeelcompensatiezaken moeten dergelijke beoordelingen voortdurend doen.

37. Bij de beoordeling van de schadebeperkingsplicht mag zonder meer rekening worden gehouden met exploitatiemogelijkheden als gevolg van recente nieuwbouw of renovatie. Het is waarschijnlijk onjuist in dergelijke gevallen te spreken van voordeelsverrekening. Van een verrekening van voordelen kan namelijk alleen sprake zijn indien de voordelen (evenals de nadelen) het gevolg zijn van de wijziging van het regime. Gunstige exploitatiemogelijkheden als gevolg van recente nieuwbouw of renovatie kunnen echter in aanmerking worden genomen bij de schadebeperkingsplicht.

38. Art. 1 van het Eerste Protocol (EP) bij het EVRM stelt eisen en beperkingen aan de ontneming of de (gebruiks)regulering van zgn. *possessions*, en aan de toekenning van financiële compensatie indien sprake is van een individuele en buitensporige last. Aangezien art. 1 van het EP voorrang heeft boven het nationale nadeelcompensatierecht, vormt het een ondergrens bij de toekenning van nadeelcompensatie, indien de casus valt onder het toepassingsbereik van art. 1 van het EP. Ofschoon er wellicht subtiele verschillen zijn aan te wijzen tussen nadeelcompensatie naar Nederlands recht en de compensatie ex art. 1 van het EP, kan er voorshands vanuit worden gegaan dat een adequate nadeelcompensatieregeling als boven geschetst in ieder geval voldoet aan de eisen van art. 1 van het EP.

Gebruikte (achtergrond) informatie

De Commissie heeft gesproken met:

- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
- Martini Ziekenhuis, Reinier de Graaf Groep en Jeroen Bosch Ziekenhuis
- De Nederlandse Vereniging van Banken
- Waarborgfonds Zorginstellingen

Gebruikte achtergrondstukken:

- Handreiking nadeelcompensatie en Staatssteun; ICER -07 10-05b
- Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer over 'Waardering betere zorg' van 13 juni 2007 (CZ?TSZ-2771129)
- Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer over 'met zorg ondernemen' van 9 juli 2007 (MC-U-2783995)
- Rapport van College Bouw Zorginstellingen 'waardebepalingen zorginstellingen' van 11 juni 2007
- Rapport 'Kapitaallasten onderzoek in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport' door Finance Ideas van mei 2007
- Rapport 'Doelmatigheid en bekostiging kapitaallasten in de zorg' van september 2007, uitgevoerd door Prismant in opdracht van de NVZ
- Brief aan de NVZ over Invoering prestatiebekostiging van 9 oktober 2007 (CZ/TSZ-2803120)
- Brief aan de NVZ over waarborgen invoering prestatiebekostiging van 4 december 2007 (CZ/TSZ-2815966)
- Coalitieakkoord tussen de Tweede Kamerfracties van de CDA, PvdA en Christen Unie van 7 februari 2007
- Aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over voorbereiding ziekenhuiszorg 2009, van 29 oktober 2007 (MC-U-2808582)
- Brief van de NZa over invoering prestatiebekostiging 2009 van 21 maart 2008 (HWIN/MZEE/2008/A 153)
- Rapport 'Normatieve huisvestingscomponent' van februari 2007, opgesteld door het College Bouw Zorginstellingen en het SDO
- Rapport van het Martini Ziekenhuis, Reinier de Graaf Groep en het Jeroen Bosch Ziekenhuis, 'Methodiek Compensatietraject' van april 2008
- Position paper Kapitaallasten in DBC's van de NVZ, oktober 2007
- Voorontwerp van de Studiegroep Schadevergoeding bij rechtmatige en onrechtmatige overheidsdaad, 4 mei 2007.
- Regeling Nadeelcompensatie Verkeer en Waterstaat 1999, Staatscourant 1999, nr 172, pag. 8
- Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer over NZa monitor 2008 en uitbreiding B-segment van 18 juli 2008, Tweede Kamer vergaderjaar 2007-2008, 29 248, nr. 50
- Normatieve Huisvestingscomponent: presentatie van de uitkomsten van de macro- en micro-analyse, februari 2007, College bouw Zorginstellingen en SDO
- Normatieve kapitaallastencomponenten: prestaties op juiste waarde geschat – presentatie van de producten van de projectgroep kapitaallasten en nkc's, 8 mei 2006, College Bouw Zorginstellingen
- Investeringskosten per productieparameter, beslisnotitie ten behoeve van VWS, 1 oktober 2005, College Bouw Zorginstellingen