

Ziekenhuizen

Deelstudie 3

van der Zwart, J; van der Voordt, DJM

Publication date

2012

Document Version

Final published version

Published in

Eigendom vastgoed rijksmusea

Citation (APA)

van der Zwart, J., & van der Voordt, DJM. (2012). Ziekenhuizen: Deelstudie 3. In *Eigendom vastgoed rijksmusea: Lessen voor een eventuele overdracht* (pp. 89-116). Delft University of Technology.

Important note

To cite this publication, please use the final published version (if applicable).
Please check the document version above.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download, forward or distribute the text or part of it, without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license such as Creative Commons.

Takedown policy

Please contact us and provide details if you believe this document breaches copyrights.
We will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Ziekenhuizen

Deelstudie 3

Door ir. Johan van der Zwart m.m.v. dr.ir. Theo van der Voordt



Inhoud

| | | |
|---|--|-----|
| MANAGEMENT SAMENVATTING DEELSTUDIE ZIEKENHUIZEN | 92 | |
| 3.1 | OUDE SITUATIE | 94 |
| 3.1.1 | Organisatie van de gezondheidszorg in Nederland | 94 |
| 3.1.2 | Het oude systeem | 95 |
| 3.1.3 | Kenmerken van de vastgoedvoorraad van ziekenhuizen | 96 |
| 3.1.4 | Voor- en nadelen van de oude situatie | 98 |
| 3.2 | NIEUWE SITUATIE | 98 |
| 3.2.1 | Doelstellingen van de overdracht van vastgoed | 98 |
| 3.2.2 | Het nieuwe systeem | 99 |
| 3.3 | GEVOLGEN VAN DE SYSTEEMWIJZIGING. | 100 |
| 3.3.1 | Transitieproces | 101 |
| 3.3.2 | Effecten | 105 |
| 3.3.3 | Terugkoppeling naar de doelstellingen | 111 |
| 3.4 | REFLECTIE | 112 |
| 3.4.1 | Lessons learned | 112 |
| 3.4.2 | Aanbevelingen | 113 |
| 3.5 | BRONNEN | 115 |

Management samenvatting deelstudie ziekenhuizen

De capaciteit van de intramurale zorg komt in Nederland voort uit particulier initiatief en niet uit een door de overheid zelf gepland en uitgevoerd bouwprogramma (Hoogervorst, 2005). Alle ziekenhuizen in Nederland zijn private instellingen die sinds de nieuwe Zorgverzekeringswet (Zvw) uit 2006 bekostigd worden uit private zorgverzekeringen. In het oude systeem waren de bouwkosten door de overheid genormeerd en betaalden de verzekeraars een vast budget voor alle huisvestingskosten in de exploitatiefase.

Oude situatie

Op 1 januari 2008 is de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) in werking getreden en zijn de financiële verantwoordelijkheden voor het vastgoed overgedragen aan de ziekenhuisinstellingen. Deze overdracht betreft de verantwoordelijkheid om voortaan de kapitaalslasten terug te verdienen uit de productie van zorgdiensten. Bij deze overdracht is de regulerende rol van de overheid op bouwplannen en investeringskosten komen te vervallen. Op het moment dat de verantwoordelijkheden over vastgoed aan de zorginstellingen worden overgedragen, telt Nederland 89 instellingen voor algemene ziekenzorg verspreid over 283 gebouwen met een bruto vloeroppervlakte van in totaal ruim 4,9 miljoen m² (Vroon, 2007). Banken, verzekeraars, adviesbureaus en zorginstellingen waren in eerste instantie positief over de gekozen richting van de minister. Alle partijen verwachtten dat er doelmatiger en efficiënter gebouwd zal worden en dat het doorberekenen van de kapitaallasten in de tarieven van de gezondheidszorg de werkelijke kosten van vastgoed beter zichtbaar zal maken.

Nieuwe situatie

Door de invoering van integrale tarieven en het transitieproces zijn de instellingen zich bewust geworden van de risico's en kosten die aan zorgvastgoed verbonden zijn. Door de boekwaardeproblematiek tijdens de transitie is zichtbaar geworden dat de in het oude bouwregime vastgelegde lange afschrijvingsduur heeft gezorgd voor een te lage afschrijving van de waarde van het vastgoed op de balansen van de instellingen. Na veel discussie heeft de overheid dit tekort gecompenseerd en is de boekwaarde van het vastgoed meer in overeenstemming gekomen met de bedrijfseconomische waarde. Daardoor kunnen instellingen weer financiering voor investeringen krijgen van de banken. Een duidelijk voordeel van het nieuwe systeem is dat doorlooptijden voor nieuwbouw wezenlijk zijn verkort.

Gevolgen

Een nadeel van het nieuwe systeem is dat de financieringskosten voor investeringen hoger liggen vanwege een risico-opslag door een veranderd risicoprofiel van de instellingen. Daar staat als voordeel tegenover dat de kritische houding van de financiële sector ziekenhuisinstellingen dwingt om met een goed onderbouwd businessplan te komen waarin ook de terugverdienmogelijkheden en doelmatigheid van de investering zichtbaar moeten worden gemaakt.

In het nieuwe systeem hebben instellingen niet meer de mogelijkheid risico's af te wentelen op de overheid. Hiermee is ook de bestaanszekerheid van de instellingen verdwenen. Dit heeft het nadeel dat ziekenhuizen failliet kunnen gaan, maar tegelijkertijd wordt hierdoor de doelmatigheid van de instellingen bevorderd.

Door de ingewikkelde verrekeningen van verrichtingen in de zorg zijn de kapitaallasten als onderdeel van de tarieven en prijzen nog verre van transparant. Deze doelstelling lijkt vooralsnog niet behaald.

Uit de reacties van het veld en de publieke discussie zijn de volgende lessen te trekken:

Lessen

- Zorg voor beleidsduidelijkheid vooraf en tijdens de transitie. Onzekerheden tijdens de overdracht van verantwoordelijkheden dragen het risico in zich dat de toegang tot de kapitaalmarkt stagneert en daardoor nodige investeringen achterwege blijven.

- Zorg dat instellingen “schoon door de poort” gaan, zodat de financiële nadelen van het oude systeem, zoals een te lage boekwaarde of systematisch achterstallig onderhoud, zijn opgelost en instellingen een reële startpositie hebben om op eigen benen te kunnen staan. Dit vraagt om een goede financiële afwikkeling bij de vastgoedoverdracht.
- Voorkom dat instellingen klem komen te zitten tussen enerzijds hogere risico’s en anderzijds onvoldoende financiële middelen om deze risico’s te managen
- Faciliteer dat instellingen “uit de problemen kunnen groeien” door een hogere productie en/of betere marges op de omzet.
- Vermijdt cumulatieve risico’s door gelijktijdige wijzigingen in zowel de uitgavenkant (kapitaallasten) als de inkomstenkant (financiering en gereguleerde prijsvorming).
- Let op financiële consequenties voor de instellingen van een gewijzigd risicoprofiel waardoor vastgoed anders in de boekhouding gewaardeerd moet worden.
- Zorg voor helderheid over het juridisch eigendom en zeggenschap over het vastgoedvermogen; dit is noodzakelijk om toegang tot de kapitaalmarkt te houden.
- Creëer een sfeer van vertrouwen; dit is een noodzakelijke voorwaarde voor een geslaagde overdracht van verantwoordelijkheden.

3.1 Oude situatie

3.1.1 Organisatie van de gezondheidszorg

Sinds 1983 ligt in de grondwet in artikel 22, eerste lid, de wettelijke taak van de overheid vast op het gebied van gezondheidszorg: de overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid. Die taak van de overheid is voorwaardenscheppend, waarbij de bemoeienis van de overheid zich richt op het garanderen van kwaliteit, bereikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg (Hermans, 2010).

Het aanbod aan gezondheidszorg vindt haar oorsprong in particulier initiatief. 'De capaciteit van de intramurale zorg komt in Nederland voort uit particulier initiatief en niet uit een door de overheid zelf gepland en uitgevoerd bouwprogramma.' (Hoogervorst, 2005). Alle ziekenhuizen in Nederland zijn dan ook private instellingen die sinds de nieuwe Zorgverzekeringswet (Zvw) die in 2006 is ingevoerd, bekostigd worden vanuit private zorgverzekeringen. Dat zowel aanbod van zorg als bekostiging ervan door private partijen wordt verzorgd, maakt dat in vergelijking met andere landen in Europa, Nederland een ver geprivatiseerde zorgmarkt heeft waarin de overheid slechts een toezichhoudende en regulerende rol heeft. In de markt tussen patiënten, verzekeraars en zorgaanbieders is de rol van de overheid beperkt.

Het ziekenhuis is historisch gezien een relatief nieuw begrip. Pas in de jaren '50 van de vorige eeuw ontstaan de ziekenhuizen zoals we ze nu kennen. De medische wetenschap en medische technologie hebben zich dan zo ontwikkeld dat bundeling van kennis en apparatuur noodzakelijk is en dat heeft een direct effect op de gebouwen. Er worden steeds nieuwe ziekenhuizen gebouwd en bestaande ziekenhuizen of poliklinieken worden aangepast om de nieuwe technologieën te kunnen herbergen (Bos, Koevoets, & Oosterwaal, 2011). Aan het begin van de 21^{ste} eeuw, ontwikkelt de technologie zich sneller dan ooit. Apparatuur wordt kleiner en mobieler en kan weer in de huisartsenpraktijk worden geplaatst, of zelfs bij de patiënt thuis. Met daarnaast de ontwikkelingen in Informatie en Communicatie Technologie (ICT) en Internet, wordt de vraag legitiem of het ziekenhuisgebouw nog wel de plek is waar de medische zorg uitsluitend wordt geleverd (Duchateau & Vink, 2011).

Ziekenhuizen in Nederland worden meestal onderscheiden in reguliere ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra (ZBC) en privé-klinieken. De reguliere ziekenhuizen worden gevormd door algemene, categorale, topklinische en academische ziekenhuizen. Algemene ziekenhuizen bieden een breed pallet aan basispatiëntenzorg. Categorale ziekenhuizen zijn algemene ziekenhuizen die zich richten op een beperkt aantal aandoeningen, zoals het Oogziekenhuis in Rotterdam. Topklinische ziekenhuizen verzorgen naast algemene patiëntenzorg op onderdelen ook topklinische en topreferente zorg. Topklinische zorg is hooggespecialiseerde zorg waarvoor relatief dure en gespecialiseerde voorzieningen nodig zijn, deze zorg heeft veelal een bovenregionale functie. Topreferente zorg is hoog gespecialiseerde zorg voor patiënten waarvoor geen verdere verwijzing mogelijk is.

Daarnaast hebben topklinische ziekenhuizen een opleidingsfunctie. Academische ziekenhuizen combineren basispatiëntenzorg met topklinische en topreferente zorg en zijn ook aangesteld als onderzoeks- en opleidingsinstelling. Naast de reguliere ziekenhuizen zijn er Zelfstandige Behandel Centra (ZBC's) en privéklinieken. Privéklinieken hebben geen overheidsvergunning om in het basispakket verzekerde zorg te mogen leveren, ZBC's hebben deze vergunning voor een beperkt aantal specifieke behandelingen wel. Een voorwaarde hierbij is dat het gaat om poliklinische dagopname. Net als reguliere ziekenhuizen mogen ZBC's op de activiteiten die worden bekostigd uit de basisverzekering geen winstoogmerk hebben (Bos et al., 2011).

3.1.2 Het oude systeem

Het budgettaire reguleringssysteem voor bouwen in de zorgsector heeft zijn oorsprong in de jaren '60 en '70 van de vorige eeuw, waarin de overheid door middel van een gesloten planningssysteem van wet en regelgeving de capaciteit van het zorgaanbod in Nederland wilde reguleren, om zo de geografische en financiële toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg te garanderen. Hierbij heeft de overheid door middel van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) die in 1971 van kracht werd, ervoor gekozen om de bouw van zorginstellingen, met name van ziekenhuizen, te reguleren. Deze wet voorzag in een gedetailleerd systeem van erkenningen en daaraan gekoppeld de planning en spreiding van ziekenhuisvoorzieningen. Naast spreiding, streefde de overheid met de bouwregulering naar een zo hoog mogelijke kwaliteit van de infrastructuur. Uiteindelijk was het de bedoeling dat met een drieluik van bouw-, financiering- en tarievenwetgeving de kosten in de zorg konden worden beheerst (Hermans, 2010).

Centraal in de bekostiging van intramurale zorgverlening staat het begrip aanvaardbare kosten. De aanvaardbare kosten geven aan hoeveel de instelling jaarlijks mag uitgeven en bepalen daarmee zowel op landelijk macro economisch niveau als per instelling het budget voor intramurale zorg.

De aanvaardbare kosten volgens de systematiek van het functiegericht budget (fb-systematiek) in de zorg bestaan uit de volgende vier componenten (Hoogervorst, 2005):

- locatiegebonden kosten; hieronder vallen de huisvestingslasten. Op grond van de vergunning WZV krijgen de ziekenhuizen deze huisvestingslasten vergoed in hun budget
- vaste kosten en beschikbaarheidskosten die worden bepaald door de budgetparameter 'adherente inwoners'.
- semi-vaste kosten gebaseerd op erkende bedden- en specialisteneenheid
- variabele kosten gebaseerd op opnamen, dagbehandelingen, eerste polikliniekbezoek, verpleegdagen, bijzondere functies en eerste lijn.

Het eerste deel van het functiegericht budget bestaat uit locatiegebonden kosten die instellingen met een vergunning op grond van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) krijgen toegewezen van het College Tarieven Gezondheidszorg. Het budget voor locatiegebonden kosten is een voor de levensduur van het gebouw geldende vergoeding voor de jaarlijkse rente en afschrijving op basis van de door het toenmalige College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (Cbz) goedgekeurde eindafrekening van de nieuwbouw (nacalculatie).

Het bouwregime onder de WZV betekende dat de minister van VWS bepaalde of een voorgenomen bouwinitiatief paste binnen de door de overheid opgestelde criteria voor spreiding, behoefte en het beschikbare macrobudget en of het niet gericht was op het behalen van uitkeerbare winst. Het Cbz adviseerde de minister daarbij. In geval van een positief besluit gaf de minister een verklaring van behoefte ex WZV af. Die werd in de praktijk voorzien van een bepaling dat de planontwikkeling niet mag doorgaan totdat, via de plaatsing op de bouwprioriteitenlijst, duidelijk was dat het project paste binnen het meerjarige bouwkader. Deze prioriteitenlijst werd periodiek geactualiseerd. Van de initiatieven met een verklaring van behoefte en een plaats op de prioriteitenlijst toetste het Cbz de concrete plannen aan een aantal functionele- en financiële eisen (kostennormen). Voldeed het project aan de eisen, dan gaf het Cbz de WZV-vergunning af. Op basis van de bij de vergunning behorende eindafrekening van de investering kon de instelling de financiering met banken als private financiers en het waarborgfonds gaan regelen. Een belangrijke notie bij de WZV was dat de WZV-vergunning, als sluitstuk van de WZV-procedure, de facto de toelating was tot de markt van collectief verzekerde zorg (Hoogervorst, 2005).

3.1.3 Kenmerken van de vastgoedvoorraad van ziekenhuizen

Het Cbz heeft in maart 2007 een monitoring gebouwkwaliteit algemene ziekenhuizen gepubliceerd (Vroon, 2007). In deze macrorapportage geeft het Cbz inzicht in de kwantiteit en kwaliteit van het ziekenhuisvastgoed, vlak voor het moment van overdracht op 1 januari 2008. De beschrijving van de vastgoedportefeuille in dit hoofdstuk is overgenomen uit deze rapportage.

Op de peildatum van de rapportage in 2007 telt Nederland 89 algemene ziekenhuizen. Drie ziekenhuizen, twee kleine en één top klinisch ziekenhuis, vallen onder één rechtspersoon. De overige 86 ziekenhuizen ressorteren op dat moment onder 86 afzonderlijke rechtspersonen.

Kwantitatief

| Ziekenhuizen Nederland | Aantal |
|---|--------|
| Rechtspersonen | 87 |
| Instellingen | 89 |
| Locaties | 177 |
| Gebouwen | 283 |
| gebouwen groter dan > 3.000 m ² | 147 |
| waarvan gebouwen met vrijwel alle basisfuncties | 127 |

Tabel 3.1: Aantal rechtspersonen, instellingen, locaties en gebouwen. Cbz (enquête)

De 89 instellingen tellen 177 locaties en zijn gehuisvest in 283 gebouwen (tabel 3.1). Het gaat om bouwwerken in alle soorten en maten, variërend van 'volledige ziekenhuizen', tot kantoren, apotheken en magazijnen. Van de 283 gebouwen zijn er 147 groter dan 3000 m². Hiervan kunnen er 127 als 'volledig ziekenhuis' worden getypeerd, met de functies verpleging, poliklinieken, beeldvorming en diagnostiek, operatieafdelingen, verlosafdelingen en afdelingen spoedeisende hulp.

| | instellingen | met gebouwen 3.000 m ² | waarvan 'volledig' ziekenhuis |
|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| Kleine ziekenhuizen | 42 | 48 | 47 |
| grote ziekenhuizen | 28 | 53 | 48 |
| topklinische ziekenhuizen | 19 | 46 | 32 |
| totaal algemene ziekenhuizen | 89 | 147 | 127 |

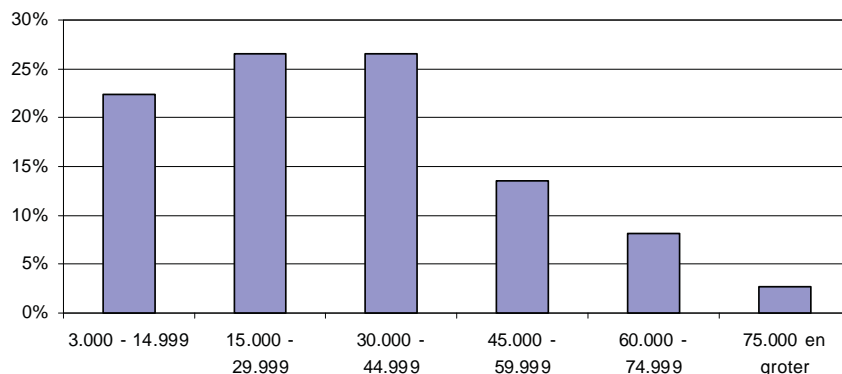
Tabel 3.2: Indeling algemene ziekenhuizen naar type NZA met gebouwen (Czb)

In termen van gebouwen en locaties bestaan er zeer grote verschillen tussen de instellingen. Het meest simpele model is dat van één instelling op één locatie met één gebouw. Mede ten gevolge van fusies van de jaren voor 2007, zijn er veel instellingen die ingewikkelder in elkaar zitten. Van de 89 instellingen zijn er 26 op twee locaties gevestigd en 25 op 3 of meer locaties.

In de 127 ziekenhuisgebouwen van de algemene ziekenhuizen zijn ruim 40.500 bedden fysiek aanwezig, waarbij bijna de helft van het aantal bedden in gebouwen tot 300 bedden is ondergebracht.

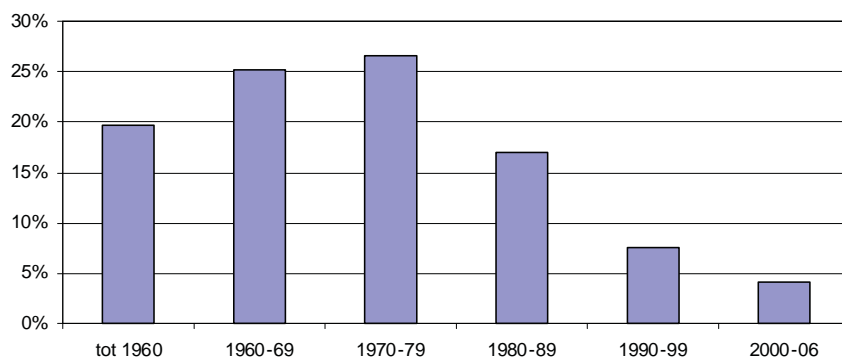
De bruto vloeroppervlakte van de 283 gebouwen van algemene ziekenhuizen (figuur 3.1) bedraagt in totaal ruim 4,9 mln m², waarvan 4,8 mln m² in gebouwen groter dan 3000 m². De 127 'volledige ziekenhuizen' zijn op basis van productie- en financiële gegevens van de NZa onder te verdelen in 47 kleine ziekenhuizen, 48 grote ziekenhuizen en 32 topklinische ziekenhuizen. Naar bruto vloeroppervlakte betreft het hier 147 gebouwen groter dan 3000 m².

Figuur 3.1: Gebouwen > 3.000 m² naar bruto vloeroppervlakte (Cbz)



Op het moment van overdracht is 70% van de vastgoedvoorraad van algemene ziekenhuizen (figuur 3.2) ouder dan 25 jaar en 45% zelfs ouder dan 35 jaar. Dit betekent dat voor dit deel van de portefeuille op afzienbare tijd een tussentijdse renovatie (onder de WZV gebruikelijk na 25 jaar) of zelfs vervangende nieuwbouw nodig is. Vervangende nieuwbouw vond volgens de WZV plaats na 50 jaar, maar in de praktijk kwam dit, vanwege functionele veroudering, meestal neer op 35 tot 40 jaar na de bouw.

Figuur 3.2: Gebouwen > 3.000 m² naar bouwjaarklasse (Cbz)



Kwalitatief

In de rapportage is tweederde van het gebouwenbestand van de Nederlandse ziekenhuizen kwalitatief onderzocht. De resterende gebouwen zouden in de periode na 2007 ingrijpend worden gerenoveerd of door nieuwbouw worden vervangen. Het merendeel van de kwalitatief onderzochte gebouwen kan worden getypeerd als een ziekenhuisgebouw waarin vrijwel alle patiëntgebonden functies uit het basispakket aanwezig zijn. De gebouwen zijn onderzocht op functionaliteit, bouwtechnische staat en aanpasbaarheid/flexibiliteit. De bouwtechnische staat is in kaart gebracht aan de hand van de conditiemeetmethode zoals beschreven in de NEN 2767 van het Nederlands Normalisatie-Instituut.

De onderzochte ziekenhuizen staan er volgens de rapportage uit 2007 bouwtechnisch gezien goed voor. De interne bouwkundige staat van de gebouwen is grotendeels uitstekend. In vergelijking met de andere elementen is het in goede conditie houden relatief eenvoudig en minder ingrijpend van omvang, en zal frequenter kunnen plaatsvinden. Ook het feit dat met enige regelmaat aanpassingen en verhuizingen plaatsvinden, waarbij de betreffende afdelingen tevens opgeknapt worden, draagt daaraan bij.

De externe bouwkundige elementen scoren overwegend goed tot uitstekend. Op bouwdeelniveau is meer variatie aanwezig. Dit heeft te maken met de langere perioden tussen renovaties, waarbij aan het einde van zo'n periode sprake kan zijn van teruggelopen kwaliteit.

De conditie van de installaties is gemiddeld goed, maar vertoont iets meer differentiatie. In enkele gevallen verkeren de installatie-elementen in matige tot

slechte conditie. Dit kan worden veroorzaakt door het gegeven dat levensduur en onderhoudscyclus van installaties en bouwkundige elementen niet parallel lopen.

Van de onderzochte gebouwen is het constructietype meestal een betonskelet met breedplaatvloeren. Verder beschikken ze overwegend over een verdiepingshoogte van ten minste 3,40 m. Beide factoren samen bieden goede mogelijkheden voor wijzigingen binnen het gebouw (interne flexibiliteit).

Factoren die deze interne flexibiliteit verder kunnen beïnvloeden zijn de stramienoppervlakte, de gebouwdiepte, en de aanwezigheid van een technische laag en voldoende leidingschachten. Wat betreft de stramienoppervlakte kan geconstateerd worden dat deze over het algemeen een positieve bijdrage levert aan de interne flexibiliteit. De invloed van de overige factoren op de interne flexibiliteit is veel moeilijker vast te stellen. De gebouwen scoren op deze factoren meer divers. Wel blijkt dat vooral oudere gebouwen/bouwdelen over minder grote leidingschachten beschikken, hetgeen de wijzigingsmogelijkheden van de betreffende gebouwen/bouwdelen duidelijk kan beperken.

De verticale en horizontale uitbreidbaarheid van de gebouwen lijkt gering. Ten aanzien van het laatste punt wordt opgemerkt dat de terreinsituatie als een gegeven is beschouwd en de invloed van bestemmingsplannen buiten beschouwing is gebleven. In de praktijk blijkt echter dat door sloop van bestaande bouwdelen en het uitplaatsen van ondersteunende en facilitaire functies buiten het terrein vaak voldoende 'lucht' in het gebouw of op het terrein te creëren is om uitbreidingen voor het primaire proces te faciliteren.

3.1.4 Voor- en nadelen van de oude situatie

Voordelen van de planningswetgeving in de WZV waren de beheersbaarheid van het aanbod, budgetzekerheid voor de instellingen, soms gunstige prijs-kwaliteit verhoudingen en goede financierbaarheid van het vastgoed vanwege de garanties vanuit de overheid. Nadelen waren de bureaucratische regelgeving, lange doorlooptijden in de planning van nieuwe ziekenhuizen, de mogelijkheden voor zorginstellingen om risico's en kosten af te wentelen, en het feit dat budgetzekerheid van de instellingen leidde tot bestaanszekerheid, waardoor instellingen minder alert op nieuwe ontwikkelingen reageerden en minder kritisch keken naar de mogelijkheden om de interne bedrijfsvoering te optimaliseren (Hermans, 2010).

3.2 Nieuwe situatie

3.2.1 Doelstellingen van de overdracht van vastgoed

De WZV is in de loop van de tijd fasegewijs aangepast. De eerste stap was in 1996 het overdragen van de (budget)verantwoordelijkheden voor de investeringen aan de instellingen en een vereenvoudiging van de procedures. Door middel van een meldingsregeling konden instellingen tot een hoger niveau zelf hun investeringen bepalen, zolang geen vervangende nieuwbouw werd gerealiseerd. De investeringen moesten in een Lange Termijn Huisvestingsplan (LTHP) worden opgenomen.

In de brief van 8 maart 2005 kondigt minister Hoogervorst (2005) van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de invoering van prestatiebekostiging en integrale bekostiging in de zorgsector aan. Deze brief, die later onder de naam 'februari-brief' door het leven gaat, heeft de positie van het vastgoed binnen de zorgsector veranderd. 'Het geven van meer vrijheden en verantwoordelijkheden aan de intramurale sectoren in de gezondheidszorg is het belangrijkste doel van het wetsvoorstel Wet toelating zorginstellingen (WTZi)', waarbij het gaat om curatieve zorg en grootschalige AWBZ zorg. De overheid beoogde hiermee dat

de investeringen niet, zoals voorheen, door overheidsregulering worden bepaald maar door de zorginstellingen zelf. 'Zij zijn in de eerste plaats verantwoordelijk voor de afweging om de productiefactoren arbeid en kapitaal in te zetten en de rentabiliteit van de investeringen te beoordelen. Zorginstellingen moeten zich rekenschap geven en geconfronteerd worden met de consequenties van hun investeringen', aldus de toenmalige minister. Instellingen moeten voortaan zelf afwegen hoe de kapitaallasten die het gevolg zijn van besluiten over huisvesting worden terugverdiend met de verkoop van zorgdiensten. De gebruikte term hiervoor is integrale prestatiebekostiging. Prestatiebekostiging in de zorgsector betekent sterkere doelmatigheidsprikkels voor de instellingen en minder directe aansturing van de overheid. Integrale bekostiging betekent dat de kapitaallasten onderdeel worden van de zorgtarieven. Deze aanpak van de kapitaallasten staat echter los van de vraag of er sprake is van vrije prijzen dan wel gereguleerde tarieven voor zorgdiensten (Hoogervorst, 2005).

De WTZi maakt onderdeel uit van een grootscheepse hervorming van het zorgstelsel die is ingezet in 2006 met de nieuwe Zorgverzekeringswet. In het nieuwe zorgstelsel probeert de overheid zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten sterkere financiële prikkels te geven voor doelmatige zorgverlening. Hierbij hoort ook het loslaten van vaststaande tarieven voor zorgproducten. Een belangrijke voorwaarde voor deze liberalisering van de prijzen die zorgaanbieders voor hun producten rekenen, is dat de prijzen zijn gebaseerd op de integrale kostprijs. Dit betekent dat zowel de variabele kosten, als de vaste kosten van eerdere investeringen in gebouwen en infrastructuur door de levering van zorgdiensten moeten worden terugverdiend. Nederlandse instellingen liepen voor de stelselwijziging geen risico op hun investeringen, omdat deze na goedkeuring van het bouwplan door het Cbz volledig werden vergoed (Hoogervorst, 2005).

3.2.2 Het nieuwe systeem

Op 1 januari 2008 is de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) in werking getreden en zijn de financiële verantwoordelijkheden voor het vastgoed overgedragen aan de ziekenhuizen. Doordat het zorgaanbod voortkomt uit particulier initiatief, is het vastgoed altijd in eigendom geweest van de zorginstellingen. De overdracht van vastgoed die voor ziekenhuizen op 1 januari 2008 heeft plaatsgevonden, betreft dan ook de overdracht van verantwoordelijkheid om voortaan de kapitaallasten terug te verdienen door middel van het leveren van zorgdiensten, in plaats van een door de overheid vastgesteld en door de verzekeraars te betalen vast budget voor alle huisvestingskosten gedurende de gehele afschrijvingsduur van het gebouw.

Door middel van een Normatieve Huisvestings Component (NHC) zijn de vergoedingen voor de kapitaallasten opgenomen in de tarieven. Daardoor krijgen de instellingen de kapitaallasten niet meer als autonoom vast bedrag in hun budget. Daarnaast is in de loop van de jaren de ruimte voor vrije prijsonderhandelingen stapsgewijs vergroot. 'Door het invoeren van meer financiële risico's op het gebied van investeringen veranderen de verhoudingen tussen zorginstellingen. Instellingen met een grotendeels afgeschreven vastgoedvoorraad hebben als uitgangspunt lagere kapitaallasten dan instellingen die recentelijk hebben geïnvesteerd in nieuwe gebouwen of verbouwingen. De overheid gaat hierbij uit van investeringen die dateren van voor 2005, omdat vanaf dat jaar instellingen op grond van de aangekondigde maatregelen op de hoogte konden zijn van het voornemen tot geleidelijke invoering van integrale prijzen.' (Schut & Rutten, 2009).

Met de overdracht van de verantwoordelijkheid aan de instellingen om zelf de investeringen in vastgoed terug te verdienen, is ook de regulerende rol van de overheid op bouwplannen komen te vervallen. Instellingen hebben voor het uitvoeren van bouw- en verbouwplannen geen toestemming meer nodig van

de overheid. Vanaf 2012 ligt de verantwoordelijkheid en de vrijheid voor het doen van investeringen bij de zorginstellingen en is wat de bekostiging betreft sprake van een gelijk speelveld, omdat zowel nieuwe als bestaande instellingen onder gelijke condities kunnen dingen naar de gunsten van de zorgvrager. Meer verantwoordelijkheden betekent ook dat de zorginstellingen zelf de gevolgen dragen van hun beslissingen. Tabel 3.3 vat de belangrijkste verschillen tussen het oude en het nieuwe systeem nog eens samen.

3.3 Gevolgen van de systeemwijziging.

In december 2004 staat er in *Zorgvisie*, een veel gelezen vakblad dat bestuurders in de zorg op de hoogte houdt van de ontwikkelingen in hun sector, een eerste vooraankondiging van de nieuwe Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). Dit bericht schetst het perspectief dat over circa 15 jaar, dus rond het jaar 2020, de instellingen hun vastgoed zullen moeten bekostigen uit de zorgproductie. Banken, verzekeraars, adviesbureaus en zorginstellingen zijn positief over de gekozen richting van het kabinet. Alle partijen verwachten dat er doelmatiger en efficiënter gebouwd zal worden en dat het doorberekenen van de

Tabel 3.3: Belangrijkste verschillen tussen de oude en de nieuwe situatie

| | Oude situatie tot 2008 | Transitieproces 2008-2012 | Nieuw situatie na 2012 |
|-----------------------------------|--|--|---|
| Typering organisatie | Private instellingen zonder winstoogmerk | Private instellingen zonder winstoogmerk, eerste ziekenhuizen als B.V. ontstaan door overname bestaande ziekenhuizen. | Private instellingen met onder voorwaarden mogelijkheden tot winstuitkering |
| Bekostiging diensten en producten | Vaste gereguleerde tarieven voor geleverde diensten | Invoering Diagnose Behandel Combinatie (DBC) en A- en B-segment. A segment gereguleerde tarieven, B-segment onderhandelbare prijzen tussen zorgaanbieder en verzekeraar. | Steeds groter deel zorg valt onder B-segment met vrij onderhandelbare prijzen |
| Risico op productie | Door contracteerplicht tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar geen risico op productie voor zorginstellingen | Door afschaffen contracteerplicht ontstaan er risico's in omvang van productie, zorgverzekeraars gaan door productieafspraken met ziekenhuizen sturen op zorgaanbod per ziekenhuis | |
| Eigendoms positie vastgoed | Vastgoed in eigendom van zorginstelling | Vastgoed in eigendom van zorginstelling, in sommige gevallen ondergebracht onder aparte vastgoed B.V. | |
| Bekostiging vastgoed | Zorgverzekeraars betaalden een door de overheid gegarandeerd vast budget op basis van naculculatie voor alle vastgoed gerelateerde kosten, inclusief afschrijving, onderhoud en energie. | Kapitaallasten als onderdeel van tarieven en prijzen zorgdiensten door invoering van Nominale Huisvestings Component (NHC) als onderdeel van DBC. | Integrale tarieven gezondheidszorg, waarin kapitaallasten onderdeel zijn van tarieven en prijzen voor zorgdiensten. |
| Risico op financiering vastgoed | Door garanties van huisvestingsbudget door overheid lage risico's op financiering, waardoor private financierders tegen gunstige voorwaarden geld uitleenden | Door wegvallen garanties van overheid ontstaan financieringsrisico's, banken terughoudend met financiering projecten | Door mogelijkheden tot winstuitkering ontstaan nieuwe mogelijkheden voor aantrekken vreemd vermogen. |
| Risico op capaciteit | Capaciteit moeten passen binnen gestelde normen overheid, die gericht zijn op beperking capaciteit. Hierdoor geen capaciteitsrisico's en bestaanszekerheid voor instellingen | Loslaten regulering capaciteit, instellingen zelf verantwoordelijk voor capaciteit en instellingen kunnen theoretisch failliet gaan. | |
| Initiatief tot ver-/nieuwbouw | Initiatief ligt bij instellingen, die bij CBZ lobbyen om toestemming voor nieuwbouw | Initiatief ligt bij instellingen die op basis van businessplan onderhandelen met financiers en zorgverzekeraars. | |
| Vergunningsplichtig | Passend binnen bouwnormen overheid, gecontroleerd door CBZ. Daarnaast voldoen aan bouwbesluit en bestemmingsplan. | Voldoen aan bouwbesluit en passend binnen bestemmingsplannen, controle op veiligheid achteraf door inspectie gezondheidszorg. | |
| Bouwwormen | traditioneel opdrachtgeverschap | Experimenten met integraal project management en living building concept | Zorgvastgoed als investeringsbelegging mogelijk |

kapitaallasten in de tarieven van de gezondheidszorg de werkelijke kosten van vastgoed beter zichtbaar zal maken. Vanaf dat moment is de berichtgeving over ziekenhuisvastgoed onder te verdelen in vijf thema's:

1. wet en regelgeving beschrijft alle aankondigingen en aanpassingen van wetgeving en beleid en de discussie tussen veldpartijen en overheid vanaf de aankondiging van de wet WTZi in maart 2005 tot de daadwerkelijke invoering van de wet op 1 januari 2008.
2. nadeelcompensatie & boekwaardeproblematiek behandelt de financiële afwikkeling van de transitie van het oude naar het nieuwe systeem van vastgoedbekostiging.
3. vastgoed en autonomie stelt het juridisch eigendom, zeggenschap en beslissingsbevoegdheid met betrekking tot het vastgoed centraal in de transitie van het bouwregime.
4. financiering en risico gaat in op de manier waarop het vastgoed gefinancierd wordt en de rol die geldverschaffers zoals banken en investeerders daarin spelen.
5. bekostiging en ondernemerschap kijkt naar de manier waarop de instellingen het geld voor de kapitaallasten moeten verdienen via de productie van zorgdiensten.

Deze vijf thema's zijn geen geïsoleerde ontwikkelingen maar interfereren en beïnvloeden elkaar constant. Niettemin geeft elk thema op zichzelf duidelijkheid over een deel van het transitieproces van het oude budgettaire bekostigingssysteem van vastgoed naar het nieuwe systeem van integrale tarieven in de gezondheidszorg. De eerste twee thema's bespreken we in paragraaf 3.3.1, transitieproces, de andere drie thema's in paragraaf 3.3.2, effecten. De grijze kaders volgen de discussie rond de stukken voor de Tweede Kamer.

3.3.1 Transitieproces

Wet en regelgeving

In maart 2005 vindt de aanbieding plaats door minister Hoogervorst van de kapitaallastenbrief "integrale tarieven in de gezondheidszorg" aan de Tweede Kamer (Hoogervorst, 2005). In deze brief kondigt de minister aan dat de huisvestingslasten vanaf 2012 in de vorm van normatieve huisvestingscomponenten (NHC) onderdeel gaan uitmaken van de kostprijs van de zorg. Dit betekent ook dat het toezicht op bouw in de gezondheidszorg door het College Bouw Zorginstellingen (Cbz) zal komen te vervallen.

De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) adviseren de minister om de integrale tarieven zo snel mogelijk in te voeren door de zorginstellingen per januari 2007 met een 'big bang' zelf verantwoordelijk te maken voor hun vastgoed, zodat ziekenhuizen slagvaardiger kunnen optreden. Een onderzoek van het CTG/ZAio, Stichting dbc-onderhoud en het College Bouw geeft aan dat door de invoering van integrale tarieven, de kapitaallasten zullen stijgen met 54 miljoen euro. Integrale tarieven hebben invloed op afschrijvingskosten, rente op vastgoed en rente op werkkapitaal.

Hierop luidt het Waarborgfonds de noodklok. Door de cumulatieve risico's van eigen verantwoordelijkheid voor het vastgoed en het prijsplafond in de zorgtarieven kunnen ziekenhuizen in de problemen komen, temeer omdat het financiële absorptievermogen van de ziekenhuizen relatief laag is, waardoor ziekenhuizen kwetsbaar zijn voor financiële tegenvallers.

Op 1 september 2008 wordt duidelijk dat het nog tot 2010 zal duren voordat de vastgoedprijs wordt verwerkt in de dbc's, een jaar later dan oorspronkelijk gepland. Het is de bedoeling dat de invoering van integrale prijzen gelijk op zal gaan met een vereenvoudigd systeem van bekostiging van de zorg. Tot

In de beleidsbrieven "waardering voor beter zorg" en "met zorg ondernemen" (Klink, 2007b) bevestigt de minister de invoering van integrale tarieven op 1 januari 2009, vanaf dan zal er een overgangperiode zijn van 4 jaar waarin instellingen in groeiende mate zelf verantwoordelijk worden voor hun vastgoed. Ook stelt de minister dat instellingen die door de overgang in de problemen komen, kunnen rekenen op ondersteuning van VWS. Op het gebied van de marktwerking in de zorg stelt de minister een plafond aan de vrije prijsvorming, om ongewenste neveneffecten tegen te gaan. Het kabinet wil voorzichtig zijn met de vrije prijsvorming en richt de aandacht nu op de verdere liberalisering van het vastgoed in de zorg. Dit betekent dat op 1 januari 2008 het beoordelen en de garantiestelling voor kapitaalslasten door de overheid komt te vervallen, maar de integrale tarieven zullen pas later worden ingevoerd.

die tijd worden de huisvestingslasten op de oude manier volgens nacalculatie vergoed. Minister Klink kiest hiermee voor een stapsgewijze invoering van de risicodragendheid van de kapitaallasten.

In het voorjaar van 2009 viert de onzekerheid hoogtij binnen de zorgsector. Omdat ziekenhuizen in financiële problemen dreigen te komen door de onduidelijkheid hoe het beleid in de praktijk moeten worden toegepast, vraagt de NVZ het kabinet om duidelijkheid over de bouwregelgeving. Ook het Cbz geeft aan dat de overheid de overgang naar dit nieuwe regime beter moet regelen en het is de Nederlandse Vereniging van Banken (NVB) die aangeeft dat er een stagnatie is opgetreden van bouwprojecten in de zorgsector. Deze stagnatie is volgens de NVB niet zozeer een gevolg van de kredietcrisis, maar komt voort uit de overgang naar het nieuwe bouwregime.

De duidelijke koers in de kapitaallastenbrief van minister Hoogervorst zijn door zijn opvolger minister Klink omgezet in voorzichtiger beleid. Een gevolg hiervan is dat ziekenhuizen in financiële problemen komen. "Een belangrijk deel van deze risico's voor ziekenhuizen komt voort uit de onzekerheid die in stand wordt gehouden door de overheid. Vooral de onduidelijkheid over het zorgvastgoed brengt sommige ziekenhuizen het water aan de lippen" (PWC, in Zorgvisie, december 2009).

Meteen na de aankondiging door minister Hoogervorst van de integrale tarieven in de gezondheidszorg geeft de NVZ aan dat zij voorstander is van een snelle invoering van integrale tarieven, mits er rekening wordt gehouden met 10% van de ziekenhuizen die hierdoor in de problemen dreigen te komen. Dit zijn vooral 10 ziekenhuizen die recent onder het oude regime toestemming hebben gekregen voor nieuwbouw van het Cbz. Daarnaast stelt de NVZ dat er een boekwaardeprobleem ontstaat doordat de gehanteerde afschrijvingstermijn van 50 jaar in de oude budgettaire bekostiging van de kapitaallasten hoger is dan in de vastgoedmarkt gebruikelijke afschrijvingstermijnen van 30 tot 40 jaar. De overheid heeft hiermee in het oude systeem regels gedicteerd waardoor de boekwaarde van het vastgoed in de zorg structureel is overschat. Naast nieuwbouwziekenhuizen, is dit boekwaardeprobleem vooral zichtbaar bij de ziekenhuizen die in de jaren '80 zijn gebouwd, die gebouwen waren aanvankelijk in de boeken nog enkele tientallen miljoenen waard, maar die moeten van de ene op de andere dag vrijwel geheel worden afgeschreven. Het Waarborgfonds geeft dan ook aan dat "Dit beleid doorzetten alleen verantwoord is als de overheid financieel aanspreekbaar is voor die ziekenhuizen die in de problemen komen."

In de brief "met zorg ondernemen" (Klink, 2007b) geeft de minister aan dat instellingen die door de overgang van het regime in de problemen komen, kunnen rekenen op ondersteuning van VWS. Voorwaarde is echter dat in de zorg opgebouwd vermogen voor de zorg behouden blijft, waarbij de taxatiewaarde op moment van inwerkingtreding van het nieuwe wettelijke regime uitgangspunt is. Daarbij moeten de instellingen bewijzen dat ze in het licht van de in 2005 aangekondigde veranderingen geen onverantwoorde risico's hebben genomen.

*Nadeelcompensatie en
boekwaardeproblematiek*

In eerste instantie gaat de discussie tussen de overheid en de branchevereniging en instellingen vooral over nadeelcompensatie voor nieuwbouw ziekenhuizen, maar later verschuift de discussie naar het oplossen van de boekwaarde problematiek. Beide discussies gaan in wezen over de financiële afwikkeling van het wijzigen van het budgettaire bekostigingssysteem van vastgoed naar integrale tarieven in de gezondheidszorg in combinatie met de financiële staat van het vastgoedportfolio op het moment van overdracht.

Nadeelcompensatie

Ziekenhuizen die in een nieuwbouwproject zijn verwickeld, belanden door de nieuwe regelgeving in een onmogelijke positie omdat ze niet tijdig hebben kunnen inspelen op de nieuwe wetgeving. Deze ziekenhuizen moesten voor de vergunningsaanvraag nog voldoen aan de oude wetgeving. Hierdoor ondervinden deze ziekenhuizen vooral nadeel van de overgang naar het nieuwe systeem, en geen voordelen. De eerste jaren na nieuwbouw worden de kapitaallasten niet afdoende gedekt door de normatieve huisvestingscomponent () en de instellingen voorzien daardoor problemen om de kosten van de nieuwbouw van de verzekeraar vergoed te krijgen.

De minister besluit dat een commissie van wijze mannen moet beoordelen of ziekenhuizen in problemen zijn gekomen door nieuwe regelgeving omtrent vastgoed (Klink, 2008b). Hierbij zijn er een drietal principes: (1) ziekenhuizen moeten aantonen dat er een causaal verband is tussen de problemen en de nieuwe manier van kapitaalslastenbekostiging, met name voor investeringen na 2005, waarvoor geldt dat investeringen onvermijdelijk waren en niet konden worden uitgesteld; (2) ziekenhuizen moeten eerst proberen de problemen zo veel mogelijk binnen de eigen begroting op te lossen; (3) er moet sprake zijn van een structurele verslechtering van de solvabiliteit, bijvoorbeeld door herwaardering van het vastgoed of een verkorting van de afschrijvingstermijn.

Bij nadeelcompensatie gaat het om vergoeding van schade die voortvloeit uit een rechtmatige overheidsdaad (afschaffen bouwregime), waarbij de schade onevenredig groot is. Dit is het geval als de schade boven de normale ondernemersrisico's uitgaat en dit een benadeelde in vergelijking met anderen onevenredig zwaar treft. Hierdoor moet de schade per geval worden vastgesteld.

De reacties uit het werkveld op het voorstel van de minister zijn ronduit negatief. De commissie wijze mannen toetst achteraf en de ziekenhuizen moeten eerst hun eigen boontjes doppen. Daarbij verlamt de minister het eigen ondernemerschap. Verschillende bouwplannen komen tot stilstand door deze politieke onduidelijkheid en instabiliteit. Instellingen wachten op het besluit van de commissie van wijzen.

De commissie van wijzen onder leiding van Havermans constateert dat lopende de werkzaamheden van de commissie de beleidscontext is veranderd (Klink, 2008a). Aan het begin van de werkzaamheden werd nog uitgegaan van een invoering van de prestatiebekostiging per 1-1-2009 onder een maatstaf met volledige risicodragendheid voor de kapitaalslasten. De maatstaf bleek niet haalbaar en dit betekent dat de nacalculatie vooralsnog blijft bestaan. De commissie adviseert de minister een overgangsregeling met hardheidsclausule. Dit behelst een fasering van risico dragen voor de kapitaalslasten bij elke overheveling van a-segment naar b-segment, zodat de overgang naar risico dragen over meerdere jaren verspreid wordt. De hardheidsclausule is een belangrijk onderdeel van de overgangsregeling. Zij dient om de toezegging "dat geen enkel ziekenhuis in onoverkomelijke problemen zal komen ten gevolge van de afschaffing van het bouwregime" inhoud te geven. Wat betreft de nadeelcompensatie adviseert de commissie dat dit een sluitstuk is, waarvan pas aan het einde van het overgangstraject gebruik kan worden gemaakt door instellingen te compenseren die onevenredig benadeeld zijn in hun concurrentiepositie.

Vanaf dat moment blijft er nog steeds onduidelijkheid bestaan over de verdere invulling van de hardheidsclausule. Ondertussen begint de kredietcrisis van 2008 ook de reële economie te raken en stelt het kabinet begin 2009 een budget van 320 mln euro beschikbaar om bouwplannen in de zorgsector die door het veranderde bouwregime zijn vastgelopen weer op gang te helpen om zo de gevolgen van de economische crisis te bestrijden.

Medio 2009 is het Vlietland Ziekenhuis het eerste ziekenhuis dat met succes beroep doet op de hardheidsclausule. De nieuwbouw van het Vlietland Ziekenhuis viel duurder uit door een probleem met de fundering tijdens de bouw. In het jaarverslag heeft het Vlietland ziekenhuis een claim op de overheid opgenomen van 60 mln euro. In de zomer van 2009 hebben uiteindelijk 10 ziekenhuizen een claim op de overheid in hun jaarverslag opgenomen op basis van de hardheidsclausule, claims die bij elkaar kunnen oplopen tot enige honderden miljoenen euro's.

In oktober 2009 komt minister Klink, "mede gezien de financiële crisis en de voorziene invoering van prestatiebekostiging in de zorg in 2011, tot de overtuiging dat niet kan worden volstaan met een nadere invulling van een specifieke hardheidsclausule."

De hardheidsclausule gaat in de koelkast en er komt een overgangsregeling voor zorgorganisaties die moeite hebben met het nieuwe kapitaallastenregime (Zorgvisie, oktober 2009). Als extra steun stelt de minister 160 mln beschikbaar, de helft van de oorspronkelijke 320 mln euro in het kader van economische ondersteuning ter bestrijding van de kredietcrisis, maar ook over deze regeling doet de minister nog geen verdere uitspraken.

Het boekwaardeprobleem is ontstaan door de afschaffing van het bouwregime in 2009. Daarmee is de overheidsgarantie op de afbetaling van rente en afschrijvingen vervallen. Alle ziekenhuizen moeten daardoor andere boekhoudkundige regels gaan gebruiken voor waardering van hun vastgoed en gaan met betrekking tot de jaarverslagen dezelfde regels gelden als andere bedrijven. Dit betekent een verkorting van de afschrijfperiode van volgens de oude wetgeving verplichte 50 jaar, naar een periode van 30 tot maximaal 40 jaar waarbij aangetoond moet worden dat de kapitaallasten kunnen worden betaald uit de opbrengsten van de productie gedurende de afschrijvingstermijn. Echter het afboeken van overwaarde onttrekt geld aan de zorg en als ziekenhuizen die overwaarde in één keer moeten afschrijven dan dreigen ze te bezwijken onder de lastendruk van het boekwaardeprobleem. Ze kunnen dan failliet gaan als gevolg van de impairmenttoets die accountants toepassen: als de bedrijfswaarde niet overeen komt met de boekwaarde, dan moet het vastgoed worden afgeboekt, of het verschil moet in deze situatie op basis van de hardheidsclausule als vordering op de overheid in de boeken worden opgenomen. De banken die voorheen altijd betrokken waren bij de financiering van zorgvastgoed, komen met het voorstel om de zorginstellingen 'schoon door de poort' te laten gaan: "vanwege herwaardering van het vastgoed staan er gebouwen op de balans die te hoog in waarde zijn geschat. De effecten van het oude systeem zouden eerst moeten worden opgeruimd." Anders dreigen de banken de geldkraan dicht te draaien omdat de instellingen steeds meer risico's dragen zonder ruimte en geld om de problemen te managen.

Boekwaardeproblematiek

In oktober 2009 begint de Nederlandse Zorg autoriteit (NZa) het boekwaardeprobleem van ziekenhuisvastgoed in kaart te brengen. Als oplossing stelt de NZa voor de overwaarde versneld af te lossen. De overheid zou de kosten van de verkorte afschrijvingen voor ziekenhuizen moeten compenseren. Deze oplossing kost op de korte termijn geld, maar is op langere termijn budget neutraal (Nederlandse Zorg autoriteit NZa, 2009a).

De NVZ komt tot de conclusie dat het boekwaardeprobleem een belangrijk knelpunt is geworden en dat de bouw van ziekenhuizen hierdoor stagneert. In het voorjaar van 2010 hopen verschillende ziekenhuizen nog op steun van het ministerie van VWS, echter in maart 2010 stelt de minister dat Europese regelgeving over staatssteun individuele compensatie voor ziekenhuizen onmogelijk maakt en bouwende ziekenhuizen die in financiële nood komen als gevolg hiervan niet hoeven te rekenen op extra compensatie.

De minister wil het boekwaardeprobleem die door de NZa wordt geraamd op maximaal 715 mln euro oplossen met een generieke overgangsregeling. Nieuwbouwende ziekenhuizen krijgen vanaf 2011 over een periode van 6 jaar een in omvang afnemende garantie voor de kapitaalslastenvergoeding. Dit kan budgetneutraal worden ingevoerd met de al eerder toegezegde bouwimpuls van 160 mln euro die als éénmalige vergoeding op de balans van 2010 wordt verwerkt. Daarnaast is er 260 mln euro garantiestelling beschikbaar voor de periode van 2011 tot en met 2016. Als een ziekenhuis minder terugverdient op de kapitaalslasten dan een bepaald minimum, wordt het verschil aangevuld door de overheid (Nederlandse Zorg autoriteit NZa, 2009b).

Autonomie en vastgoed

3.3.2 Effecten

In de kapitaallastenbrief van Hoogervorst (2005) wordt ook aangekondigd dat het College Bouw Zorginstellingen (Cbz) zal komen te vervallen. Dit college heeft dan ongeveer 35 jaar toezicht gehouden op bouw en investeringsprojecten in de gezondheidszorg. Zorginstellingen zullen onder de nieuwe Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) zelf verantwoordelijk worden voor hun vastgoedbeleid. De NVZ claimt dat grond en gebouwen eigendom zijn van de ziekenhuizen, echter de politiek wil zeggenschap houden over het opgebouwde vermogen in het zorgvastgoed omdat dit vermogen uit ziektekostenpremies is betaald en het niet wenselijk is dat dit vermogen weglekt naar commerciële partijen.

Met een uitvoeringsbesluit WTZi (Klink, 2007a) wordt in juli 2007 de Kamer op de hoogte gebracht dat per 1 januari 2008 het bouwregime voor de ziekenhuizen zal worden afgeschaft. Door de nieuwe systematiek komen voor ziekenhuizen reeds in 2008 nieuwe bouwplannen niet meer in aanmerking voor nacalculatie. Om niettemin de waarde van onroerende zaken voor de zorg te behouden, blijft het toezicht door het College Sanering Zorginstellingen (CSZ) op transacties met onroerende zaken gehandhaafd.

Hierdoor ontstaat er een padstelling: doordat de overwaarde tot 2012 zal worden afgeroomd door de overheid, kunnen instellingen geen vastgoed afstoten met als doel de overwaarde te herinvesteren in de eigen organisatie. Hieruit blijkt dat het eigendom een punt van discussie is geworden. Wie mag zich eigenaar noemen van het vastgoed in de zorgsector? Door de onduidelijkheid over het juridisch eigendom en zeggenschap over het vastgoed en de mogelijkheden tot, of juist het verbod op, winstuitkering aan derden, blijft de zorg vooralsnog een onbenaderbare sector voor investeerders en beleggers. Dit terwijl de ziekenhuizen door de veranderende regelgeving wel worden geconfronteerd met hogere solvabiliteitseisen om in aanmerking te komen voor leningen.

In het najaar van 2007 komen de koepelorganisaties waaronder de NVZ in verweer tegen de beleidsbrief 'met zorg ondernemen'. Ziekenhuizen worden met dit beleid weliswaar verantwoordelijk voor hun eigen vastgoed, maar mogen niet vrijelijk beschikken over de opbrengsten van het vastgoed. Aangezien het vastgoed voorheen in eigendom was van de instellingen, komt dit neer op eigendomsonteigening zonder compensatie. Zorginstellingen

stellen dat ze bij de opbouw van het vermogen eerder hinder ondervonden van de beschermde omgeving, dan voordelen. Duidelijk is dat het vraagstuk van het juridisch eigendom nog steeds niet is beantwoord. Vanuit de banken komt de waarschuwing dat de voortdurende overheidsbemoediging ertoe zal leiden dat externe kapitaalverschaffers worden afgeschikt. Eind 2007 krijgen door de hoogconjunctuur bouwende ziekenhuizen ook nog eens te maken met hogere aanbestedingskosten voor nieuwbouw, waardoor het prijspeil met 4,3% is gestegen. Het Cbz maakt hierom een eerdere tariefskorting op de bouwkostennormen ongedaan. Desondanks heroverwegen verschillende ziekenhuizen hun bouwplannen, omdat niet zeker is dat toekomstige lasten door productie van zorgdiensten kunnen worden terug verdiend.

Ziekenhuisinstellingen reageren op verschillende manieren op deze onzekerheid. Het Reinier de Graaf Ziekenhuis kiest ervoor de bouwplannen die onder het oude regime zijn goedgekeurd te toetsen op risico's en te heroverwegen omdat het doorzetten van de plannen leidt tot verlieslatende exploitatie. Het Maasziekenhuis in Boxtmeer krijgt als eerste ziekenhuis sinds de kredietcrisis een financiering rond met de banken. Hiervoor geeft de bouwaannemer extra garanties dat er geen kostenoverschrijdingen zullen optreden tijdens de bouw. Dochterondernemingen van de aannemer nemen daarbij het langdurig onderhoud voor hun rekening. Om dit mogelijk te maken wordt het ziekenhuisvastgoed ondergebracht in twee BV's: één voor het ziekenhuisgebouw en de ander voor de ontwikkeling van het overige vastgoed. Ook het Hofpoort ziekenhuis in Woerden overweegt bij de nieuwbouw private investeerders aan te trekken, waarbij het een optie is om het vastgoed in een aparte BV onder te brengen die wordt overgedragen aan een investeerder.

Januari 2008, op het moment dat het toezicht door het Cbz op nieuwbouw van ziekenhuizen wordt afgeschaft, verklaart de bezwarencommissie Algemene Wet Bestuursrecht het bezwaar van de koepelorganisatie dat het weglekbeding van de minister onwettig is gegrond. De vermogensklem strookt niet met de eigen financiële verantwoordelijkheid voor vastgoed en is strijdig met het eigendomsrecht, het recht op vrije vestiging en een vrij verkeer van kapitaal. Daarnaast is er sprake van een onzorgvuldige voorbereiding en belangenafweging.

Op 19 november 2008 bepaalt de Raad van State dat zorginstellingen zonder tussenkomst van de overheid zelf mogen beschikken over de opbrengst van grond en gebouwen. De RvS vernietigde de VWS regelgeving op basis van het ontbreken van voldoende wettelijke grondslag. Alhoewel de Raad van State de instellingen in het gelijk heeft gesteld in hun bezwaar, is dit echter op procedurele gronden. Het artikel in de WTZi vormde volgens de Raad van State een te smalle basis voor de beleidsregel waarop de vermogensklem is gebaseerd. Dit laat voor de minister de mogelijkheid open de wet aan te passen zodat de overheid meer invloed krijgt op vastgoedtransacties.

De minister geeft aan met een spoedwet de vermogensklem op vastgoed in de zorgsector te willen verstevigen, zodat waarde van zorgvastgoed behouden blijft voor de zorg. Het College sanering wordt de bewaker van dit publiek vermogen en krijgt met deze aanpassing van de wet meer instrumenten ter beschikking om toezicht te houden op vastgoedtransacties in de zorg.

Volgens critici is de reparatiewet onnodig, aangezien de meeste zorginstellingen stichtingen zijn die in hun statuten hebben opgenomen dat het leveren van zorg hun enige doelstelling is, via de stichting moeten de opbrengsten van vastgoed dan sowieso terug worden geïnvesteerd in de zorg. Zorginstellingen krijgen hiermee wel de lasten (volle verantwoordelijkheid voor het vastgoed) maar niet de lusten (vrije beschikking over de waarde). Het gevolg is dat instellingen steeds meer risico dragen zonder de ruimte en financiële middelen om de

problemen te managen. Uiteindelijk zal het tot begin 2010 duren voordat er duidelijkheid ontstaat over de eigendomspositie van het vastgoed binnen de zorgsector. Vanaf dat moment wordt de verkoop van vastgoed onderdeel van financieringsplannen voor nieuwbouw en zorgvastgoed kan gezien worden als kans om te ondernemen door onrendabel vastgoed rendabel te maken of af te stoten. Ook beleggers mengen zich dan daadwerkelijk in de zorgsector.

Volgens verschillende adviseurs en onderzoekers is er meer inzicht nodig in de impact van vastgoed op het bedrijfsresultaat om tijdig te kunnen bijsturen. Onderzoek toont aan dat bestuurders te weinig inzicht hebben in hun eigen vastgoedgegevens. Onderbouwingen met historische gegevens gerelateerd aan het bedrijfsproces zijn zeldzaam, hierdoor is het onmogelijk te werken aan analyses en verbeteringen.

Op 1 januari 2010 wordt het Cbz opgeheven, nadat ze al vanaf januari 2008 waren ontheven van de toezichthoudende taak op bouw- en investeringsprojecten in de gezondheidszorg waardoor instellingen niet meer moesten voldoen aan tal van regels en procedures. In het laatste advies van het Cbz aan de minister staat de vraag centraal: hoe handhaven we de kwaliteit en veiligheid in de instellingen na de afschaffing van het bouwregime?

In een reactie op het laatste rapport van het Cbz stelt de minister (Klink, 2009) dat "het niet meer nodig is de zorgbouw normen wettelijk vast te leggen. Sterker: dat is nu juist waar we vanaf wilden. We streven naar zelfregulering. We willen af van regulering van bovenaf. De veldpartijen moeten in eerste instantie zelf normen voor verantwoorde zorg ontwikkelen en vaststellen. We verwachten dat bouwnormen die direct gerelateerd zijn aan de veiligheid onderdeel zijn van de set normen voor verantwoorde zorg. Slechts bij het uitblijven van essentiële normen, stelt de minister op advies van de Inspectie Gezondheidszorg normen vast. Het is aan de spelers in het veld om deze normen met eigen prestatie-eisen tot uitvoer te brengen. Niet omdat de wet dat voorschrijft, maar vanuit goed maatschappelijk ondernemerschap en in het besef van hun eigen belang en eigen verantwoordelijkheid."

Later dat jaar zal het onderzoeksbureau Plexus in opdracht van het ministerie van VWS een rapport publiceren waarin berekend is dat de afschaffing van het bouwregime 300 tot 390 mln euro heeft opgeleverd. Dit zit in effectievere nieuwbouw, 20% minder vierkantemeters en minder energieverbruik en schoonmaakkosten.

Financiering en risico

Eind 2005 geven de banken aan dat door de veranderende regelgeving, er ook andere regels gaan gelden voor het verstrekken van kapitaal aan de zorginstellingen. Waar voorheen een goedkeuring van het Cbz genoeg was om financiering rond te krijgen, eisen banken nu een goed doortimmerd bedrijfsplan, waarbij naast een hogere solvabiliteitseis ten opzichte van vroeger, vooral een goede lange termijn strategie van belang is, dit vanwege het veranderende risicoprofiel van zorginstellingen als gevolg van de marktwerking. De reserves die dan 8 tot 9 procent bedragen, moeten naar een solvabiliteit van 20 tot 25 procent. Deze grotere reserves zijn nodig om te kunnen investeren. Daarnaast gaan banken waarschijnlijk op den duur een risico-opslag toerekenen die door het waarborgfonds is berekend op 280 miljoen per jaar. Daarbij komt dat de marges in ziekenhuizen met 1 tot 2 procent veel te laag zijn, gezien de nieuwe bekostiging van het vastgoed uit de zorgproductie zouden de marges moeten oplopen tot 15 a 20 procent.

Dit alles leidt ertoe dat ziekenhuizen en zorginstellingen steeds meer moeite hebben om aan geld te komen voor nieuwbouw. Banken zijn alleen bereid om in een consortium geld op tafel te leggen en daarbij vragen ze hoge rentevergoedingen door de toegenomen risico's. Ook de kredietcrisis begint mee te spelen en het waarborgfonds staat niet meer automatisch garant voor een lening.

In een rapport in opdracht van het ministerie van VWS uitgevoerd door Finance Ideas in 2007 wordt geconcludeerd dat in een systeem waarin ziekenhuizen alle risico's gaan lopen zij ook marktconforme vergoedingen dienen te krijgen om het vastgoed te kunnen financieren. Verder kan een ziekenhuis alleen in een marktconforme omgeving functioneren als zij de volledige beschikking krijgt over het vastgoed en de gronden. Indien dit niet het geval is, zal het zeer moeilijk worden zonder andere zekerheden financiers bereid te vinden leningen te verstrekken. Gezien het gegeven dat investeringen in onroerend goed een lange looptijd kennen, is zekerheid ten aanzien van de aanpassing van de samenhangende vergoedingen essentieel. Het is daarbij van belang dat het systeem van vergoedingen voor langere tijd gehandhaafd blijft.

In januari 2009 rapporteert PWC (PriceWaterhouseCoopers, 2009) aan de minister de feitelijke bevindingen naar aanleiding van specifiek overeengekomen werkzaamheden inzake financieringsbehoefte algemene ziekenhuizen. In dit rapport staat dat, als gevolg van de onzekerheid in de regelgeving voor de kapitaalslastenvergoeding, instellingen in de voorgaande jaren terughoudend zijn geweest in hun investeringsuitgaven. Ziekenhuizen geven aan dat banken bij het verlenen van nieuwe langlopende leningen een hoger weerstandsvermogen eisen; geen leningen meer verstrekken met een looptijd langer dan 20 jaar; kortere rentevervaltermijnen hanteren; leningen alleen onder borging van het waarborgfonds worden verstrekt; de financiering niet de gehele investering dekt waardoor een deel zelf gefinancierd moet worden en; rentepercentages gehanteerd worden die boven de normrente ligt van de NZa.

Een gevolg van het wegvallen van de overheidsgaranties op kapitaallasten is dat de banken uiteindelijk de criteria voor financiering van zorgvastgoed aanpassen. Om een lening te krijgen worden zorginstellingen gevraagd naar (1) de strategie met plannen om de continuïteit te bewaken; (2) kwaliteit van management met daadkrachtige bestuurders en medisch specialisten die zich verbonden hebben met de plannen; (3) financiële graadmeters zoals liquiditeit, solvabiliteit en rentabiliteit maar ook de verhouding tussen kasstromen en kapitaallasten; (4) flexibiliteit van vastgoed met effectieve besteding van de ruimte en alternatieve aanwendbaarheid. Duidelijk is dat de banken terughoudend worden bij de beoordeling van kredietwaardigheid van zorginstellingen. Plannen moeten zijn verwerkt in een businessplan, kwaliteit van management, alternatieve aanwendbaarheid en commitment medisch specialisten en verzekeraars is nodig voor het verkrijgen van leningen. De banken worden al eerder in het proces betrokken omdat risicoprofiel van de sector is veranderd.

In de uitvoeringstoets "van budget naar prestatie" stelt de NZa (Nederlandse Zorg autoriteit, 2009b) dat een adequaat vergoedingenniveau voor kapitaalslasten een essentieel onderdeel is voor het welslagen van de prestatiebekostiging. De overgangsproblematiek van de kapitaalslasten speelt daarbij een grote rol. Onevenredige financiële problemen van zorgaanbieders als gevolg van kapitaalslastenproblemen uit het verleden, zouden in beginsel opgelost moeten worden voor de invoering van prestatiebekostiging. Om de risico's voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars voldoende beheersbaar te houden, neemt het belang van reguleringszekerheid toe, hieronder wordt verstaan dat de overheid voorspelbaar en consistent handelt. Reguleringszekerheid is ook cruciaal voor het verkrijgen van een lening van externe financiers. Dit betekent dat VWS en de NZa zich moeten committeren aan de beslissingen die genomen worden rond de invoering van prestatiebekostiging, zodat zorgaanbieders hun bedrijfsvoering hierop kunnen inrichten.

Te midden van al deze gebeurtenissen, wordt bijna vergeten wat het doel achter al deze veranderingen was: meer vrijheden en verantwoordelijkheden geven aan de intramurale sectoren in de gezondheidszorg.

Bekostiging en ondernemerschap

De overheid beoogde met de liberalisering van het vastgoed dat de investeringen niet, zoals voorheen, door overheidsregulering zouden worden bepaald maar door de zorginstellingen zelf. Instellingen moesten voortaan zelf afwegen hoe de kapitaalslasten die het gevolg zijn van besluiten over huisvesting worden terugverdiend met de verkoop van zorgdiensten in de vorm van integrale prestatiebekostiging (Hoogervorst, 2005).

Deze koppeling tussen twee dossiers, integrale bekostiging en de invoering van marktwerking in de zorg door prestatiebekostiging, maakt dat ziekenhuisinstellingen op een geheel andere manier met hun bedrijfsvoering moeten omgaan, waarin ook ondernemerschap in de zorg een nieuwe betekenis krijgt.

Bekostiging

Voor het invoeren van prestatiebekostiging, is het nodig dat de kapitaalslasten integraal in de tarieven en prijzen van de zorg zijn verwerkt. Om prestatiebekostiging mogelijk te maken, wordt de diagnose-behandel-combinatie (dbc) als verrekeneenheid geïntroduceerd. Een dbc staat voor een pakket van diagnose en behandeling waarvoor een bepaald tarief of prijs kan worden gerekend. Hiervoor worden de verrichtingen onderverdeeld in een a-segment en een b-segment. Het a-segment heeft gereguleerde vaste tarieven die worden vastgesteld door de NZa en de verrichtingen in het b-segment zijn vrij onderhandelbaar tussen ziekenhuis en verzekeraar (Hoogervorst, 2005).

Op het moment dat de marktwerking in de zorg wordt geïntroduceerd, beslaat het b-segment 10% van de verrichtingen, dit wordt in de loop van de jaren opgehoogd naar 20% en later 34%. De kapitaallasten vormen een integraal onderdeel van de tarieven voor verrichtingen in het a-segment door middel van de normatieve huisvestingscomponent (NHC) die door de NZa is bepaald op 12,5%. In de vrij onderhandelbare prijzen van het b-segment kunnen ziekenhuis en verzekeraar zelf afspraken maken over de vergoeding voor afschrijving van vastgoed.

Al snel wordt duidelijk dat door de verandering van wet en regelgeving de rol van medisch specialisten in het ziekenhuis verandert. Artsen zijn doorgaans zelfstandige ondernemers, maar beslissen mee in het beleid van de hele organisatie. In het traditionele ziekenhuis hebben de medisch specialisten macht, maar weinig verantwoordelijkheid. Op verschillende manieren worden artsen aanspreekbaar op financiële resultaten.

Om ongewenste neveneffecten van vrije prijsvorming door de marktwerking tegen te gaan komt het kabinet met het instrument van de maatstafconcurrentie. De maatstaf is gebaseerd op de landelijk gemiddelde kosten van een verrichting en gaat dienen als een verplichte maximumprijs. Beneden deze prijs staat het ziekenhuizen in toenemende mate vrij met zorgverzekeraars prijzen vast te stellen

In 2008 wordt het b-segment met vrij onderhandelbare prijzen opgehoogd van 10% naar 20%. Hierdoor kunnen ziekenhuizen eerder dan oorspronkelijk aangegeven met elkaar concurreren op prijs. In het jaar 2008 dient de maatstafconcurrentie als overgangsinstrument naar meer vrije onderhandelingsruimte voor de helft van de behandelingen. De vrees van critici in het werkveld dat de maatstafconcurrentie en verkapte bezuiniging is, blijkt waarheid als de minister aangeeft dat bij het vaststellen van de maatstaf het kabinet nadrukkelijk rekening zal houden met de gestelde bezuinigingsdoelstellingen.

Het risico voor de instellingen is dat door de maatstafconcurrentie, de werkelijke kosten voor vastgoed hoger liggen dan het vastgestelde prijsplafond, waardoor instellingen zullen moeten snijden in de kosten om binnen het gestelde budget te blijven. Maatstafconcurrentie en het verwerken van de kapitaallasten in integrale tarieven zorgen in combinatie met het voortbestaan van het Budgetair Kader Zorg tot grote financiële consequenties en risico's.

Terwijl de Commissie Havermans aan haar advies werkte werd duidelijk dat het maatstafmodel niet kon worden ingevoerd en dat het functiegericht budget niet per 1 januari 2009 zou kunnen worden afgeschaft. De stap in één keer naar integrale bekostiging onder een maatstaf werd te groot geacht. In plaats daarvan zou per die datum het b-segment worden uitgebreid tot 35%. Voor het resterende deel van de omzet van ziekenhuizen zou het functiegericht budget blijven bestaan. Dat betekent ook dat de nacalculatie op het resterende deel van de kapitaalslasten zou blijven bestaan.

Medio 2009 is er veel onduidelijkheid over de voortgang van de marktwerking, met name welke verrichtingen er in het gereguleerde a-segment blijven of in het b-segment van vrij onderhandelbare prijzen komen. In het voorjaar van 2010 geeft de NVZ aan dat ziekenhuizen een uitbreiding van het b-segment nodig hebben om in financieel beter vaarwater te komen. Een keerzijde is wel dat als het b-segment groter wordt, accountants zullen eisen dat instellingen de boekwaarde van het vastgoed baseren op reële bedrijfseconomische waarde.

Wat betreft ondernemerschap en het vastgoed, wordt er tijdens het transitieproces van het oude naar het nieuwe stelsel door verschillende partijen gekeken hoe het vastgoed gepositioneerd kan worden ten opzichte van de zorgorganisatie. Vanuit banken, bouwondernemers en facilitaire sector komen dan ook al snel de eerste initiatieven voor Publiek Private Samenwerking (PPS) zoals dit door de overheid bij de infrastructuur van wegen en water al veelvuldig wordt toegepast. Eind 2005 komen de eerste vastgoedstichtingen tot stand binnen zorginstellingen en wordt het vastgoed separaat georganiseerd onder de vleugels van de instellingen. Dit wordt wel gezien als de eerste stap naar volledig zelfstandig beheer van vastgoed zonder overheidsbemoediging. Op den duur denken steeds meer ziekenhuizen erover na om zich om te vormen naar een BV, in plaats van de gebruikelijke stichtingsstructuur, om zo meer mogelijkheden te hebben om privaat kapitaal aan te trekken. De voortdurende onduidelijkheid over het eigendom van het vastgoed en de mogelijkheden tot, of juist het verbod op, winstuitkering aan derden blijken obstakels voor het aantrekken van extra kapitaal. Daarnaast is de contracttermijn met zorgverzekeraars van 1 jaar te kort om een goede business case te kunnen maken, daarvoor moeten er meer jaren afspraken komen met zorgverzekeraars.

Ondernemerschap

Als in april 2010 het boekwaardeprobleem wordt opgelost door de overheid en de onduidelijkheid over het juridisch eigendom wordt opgehelderd, komen er concrete projecten op gang in samenwerking met investeerders en wordt duidelijk dat beleggers kansen zien in zorgvastgoed, waarbij in de toekomst het zorgvastgoed in eigendom is van beleggers. Daarbij wordt de zorgmarkt vanwege de groeipotentie gezien als een interessante markt voor vastgoedbeleggers.

In het voorjaar van 2011 geeft minister de Jager aan dat PPS in de zorg niet meer actief ondersteund zal worden vanuit de overheid. Vooralsnog hebben er geen PPS projecten concreet vorm gekregen in de zorg door onzekerheden rond de invoering van de prestatiebekostiging. De minister verwacht wel dat als de onzekerheden zijn opgelost, PPS weer kansen krijgt in de zorg, zeker als het ministerie van VWS het mogelijk maakt om risicodragend kapitaal aan te trekken.

Duidelijk wordt dat vastgoedbeheer permanent hoog op de agenda van bestuurders in de zorg moet komen te staan. "Ten onrechte hebben bestuurders alleen oog voor het opstarten van nieuwe bouwprojecten zodra de kwaliteit of het imago van gebouwen tekort schiet." Uit verschillende toekomstverkenningen, blijkt eind 2010, begin 2011 dat het Nederlandse zorglandschap ingrijpend gaat veranderen. Ziekenhuisbestuurders moeten keuzes maken en positie bepalen

in een concurrerend landschap. Dit heeft ook consequenties voor huisvesting, zoals decentrale inloop gezondheidscentra als satellieten van gecentraliseerde grote ziekenhuiscomplexen. Dit is met name relevant voor ziekenhuizen die binnenkort met bouwopgave zitten en daarmee kunnen sturen op hun vastgoedportfolio.

3.3.3 Terugkoppeling naar de doelstellingen

De belangrijkste onderliggende doelstellingen van de stelselwijziging in de zorg zijn het invoeren van meer doelmatigheidsprikkels in de zorg door niet op voorhand alle risico's op vastgoed af te dekken en de zorginstellingen zelf meer vrijheid én verantwoordelijkheid te geven. Door de invoering van integrale tarieven, en ook door het transitieproces zijn de instellingen zich inderdaad bewust geworden van de kosten en risico's die aan zorgvastgoed verbonden zijn. Door de boekwaardeproblematiek is zichtbaar geworden dat in de jaren voor de transitie de te lange afschrijvingsduur heeft gezorgd voor een te lage afschrijving van de waarde van het vastgoed op de balansen van de instellingen. Onder druk van de financiële sector heeft de overheid dit tekort uiteindelijk aangevuld door middel van een éénmalige vergoeding van 160 mln euro en een garantiestelling voor instellingen die recent hebben gebouwd voor de eerste 6 jaar van 450 mln euro. Hierdoor komt de boekwaarde van het vastgoed meer in overeenstemming met de bedrijfseconomische waarde, waardoor er op moment van nieuwbouw ook daadwerkelijk financieringsmogelijkheden zijn. Dit probleem bestond in het oude systeem ook al, maar werd door een goedkeuring van het Cbz voor nieuwbouw ondervangen, een boekwaardeprobleem werd dan in een nieuwe garantiestelling door de overheid meegenomen.

Door het nieuwe systeem zijn dat doorlooptijden voor nieuwbouw wezenlijk verkort. Dit draagt bij aan doelmatiger verlopende bouw- en beheerprocessen. Bij ziekenhuizen die onder het nieuwe regime gebouwd hebben is de voorbereiding- en bouwtijd minstens gehalveerd, van een gebruikelijke doorlooptijd van 10 tot 15 jaar in het oude systeem naar een doorlooptijd van 5 tot 7 jaar in het nieuwe systeem.

Een nadeel van het nieuwe systeem is dat de financieringskosten voor investeringen hoger liggen door een risico opslag vanwege een veranderd risicoprofiel van de instellingen. Daar waar financiering voorheen eenvoudig was, zijn banken terughoudender geworden. Een voordeel hiervan is wel dat de kritische houding van de financiële sector instellingen dwingt om met een goed onderbouwd businessplan te komen en terugverdienmogelijkheden en doelmatigheid van de investeringen explicieter tegen het licht worden gehouden.

Doordat zorginstellingen in het nieuwe systeem de risico's niet meer kunnen afwentelen op de overheid is de bestaanszekerheid van de instellingen verdwenen. Dit heeft als nadeel dat ziekenhuizen failliet kunnen gaan. Dit laatste is tot nu toe nog niet gebeurd. Een voordeel van het wegvallen van bestaanszekerheid is dat scherper wordt gestuurd op mogelijkheden om de interne bedrijfsvoering te optimaliseren.

Een nevendoelstelling van de stelselwijziging is het creëren van meer transparantie. Door de ingewikkelde verrekeningen met een A- en B-segment en dbc's die momenteel worden omgezet in DOT's (dbc Onderweg naar Transparantie) is het verrekensysteem van verrichtingen in de zorg echter nog verre van transparant. Dit betekent ook dat de kapitaallasten als integraal onderdeel van de tarieven en prijzen nog niet helder is geworden. Deze doelstelling lijkt vooralsnog niet behaald.

3.4 Reflectie

3.4.1 Lessons learned

Uit de beschrijving van de transitie van het oude naar het nieuwe systeem zijn de volgende lessen te destilleren:

- De koppeling van de invoering van integrale tarieven en eigen verantwoordelijkheid voor vastgoed enerzijds en de invoering van een andere manier van bekostiging van de zorg door middel van prestatiebekostiging anderzijds heeft geleid tot cumulatieve risico's voor de instellingen.
- Onduidelijkheid over het invoeringstraject zorgde er voor dat instellingen nauwelijks konden anticiperen op de veranderingen. Het eerste perspectief was dat vanaf 2012 de vastgoedlasten integraal onderdeel zouden uitmaken van de tarieven en dat dit geleidelijk zou worden ingevoerd. Later kwamen er suggesties voor een volledige invoering ineens, als een 'big bang'. Dit is lang tegengesproken door het ministerie, maar uiteindelijk is het nieuwe systeem wel zo ingevoerd.
- Het duidelijke perspectief dat aan het begin in de februaribrief is verwoord, is later omgezet in voorzichtiger beleid. Dit heeft geleid tot veel onduidelijkheid en onzekerheid bij de instellingen, die daardoor, als het nog mogelijk was, een pas op de plaats maakten met de bouwprojecten.
- In het transitieproces is veel nieuw beleid aangekondigd, omgebogen en weer ingetrokken, vooral als het ging over de financiële afwikkeling en compensatie voor de instellingen vanwege het veranderende regime. Deze beleidsongduidelijkheid heeft de bouw verlamd, investeerders werden afgeschrikt en banken werden terughoudend in het geven van leningen.
- In eerste instantie is door de minister aangekondigd dat instellingen die door de veranderingen in de problemen raakten, konden rekenen op financiële compensatie van de overheid. De lange onduidelijkheid over deze regeling en de uiteindelijke intrekking ervan vanwege Europese regelgeving met betrekking tot staatssteun heeft verschillende instellingen in financieel zwaar weer gebracht.
- Verandering van bekostiging van vastgoed en het overdragen van financiële risico's heeft ook tot gevolg dat het vastgoed op een andere manier in de financiële verslaglegging van de instellingen komt te staan. Dit heeft financiële consequenties voor de instellingen.
- De rol van financiële instellingen en kapitaalverschaffers is groot op het moment dat de risicoprofielen van instellingen veranderen. Op het moment dat banken de geldkraan dreigen dicht te draaien, moet de overheid alsnog boter bij de vis doen en zorgen voor een degelijke financiële afwikkeling die passend is bij de overdracht van verantwoordelijkheden en risico's.
- Het "schoon door de poort principe" betekent dat de overheid een reële financiële afwikkeling moet garanderen op het moment van overdracht van het vastgoed, zodat instellingen aansluiting kunnen blijven vinden met de kapitaalmarkt. Dit betekent dat naast een kwantitatieve en kwalitatieve analyse van het vastgoed, een financiële analyse van de vastgoedportefeuille op het moment van overdracht minstens zo belangrijk is.
- Het vraagstuk over juridisch eigendom en het vermogen dat in sommige gevallen als stille reserve in het vastgoed besloten ligt moet helder beantwoord zijn op het moment van overdracht om toegang te hebben tot de markt van vastgoedinvesteerders en beleggers. Het is belangrijk dat de instellingen op het moment dat ze de risico's als last krijgen overgedragen, ook kunnen beschikken over de lusten van het vastgoed. De lange onduidelijkheid over dit vraagstuk heeft investeringen onnodig lang tegengehouden.
- Door de stelselwijziging organiseren de instellingen het vastgoed op een andere manier. Het vastgoed wordt ondergebracht in afzonderlijke

stichtingen en BV's zodat samenwerking met investeerders en beleggers gemakkelijker tot stand kan komen.

- Door de veranderingen in het systeem is de rol van de banken wezenlijk veranderd. Voorheen was een goedkeuring en garantie van de overheid voldoende om de financiering rond te krijgen. Sinds de overdracht wordt door de banken een doortimmerd businessplan gevraagd als basis voor de lening. Hoe de kapitaallasten door productie en omzet kunnen worden terugverdiend, is onderdeel van dit businessplan.
- Het eigen vermogen en de solvabiliteit van de instellingen moeten afdoende zijn om leningen te verkrijgen voor de benodigde investeringen. Door de veranderde risicoprofielen rekenen de banken hogere rentes, wat financiële consequenties heeft voor de instellingen.
- De afschaffing van het bouwregime heeft ertoe geleid dat de doorlooptijd van nieuwbouwprojecten die na de wetgeving van start zijn gegaan is verkort. De onduidelijkheid tijdens de transitie heeft er echter voor gezorgd dat veel lopende projecten vertraging hebben opgelopen.
- Naast de onduidelijkheid over de financiële afwikkeling van de overgang naar het nieuwe bouwregime, is ook de onzekerheid over de invoering van de marktwerking en prestatiebekostiging een risicofactor. De noodzakelijke tussentijdse invoering door de overheid van beheersinstrumenten om ongewenste neveneffecten tegen te gaan maakte de veldpartijen wantrouwend.
- De veranderende wetgeving heeft de rol van medisch specialisten in het ziekenhuis veranderd. De specialisten zijn aanspreekbaar geworden voor financiële resultaten. Daarbij wordt de steun van de medische staf, ook in de vorm van cofinanciering, aan investeringsplannen voor banken een voorwaarde bij het beoordelen van de financieringsaanvraag.
- Als instellingen zelf de verantwoordelijkheid dragen voor hun vastgoed en exploitatie, dan moeten ze ook de mogelijkheden hebben dit in hun prijzen en tarieven naar eigen inzicht te verrekenen. Dit zodat instellingen de mogelijkheid krijgen door een hogere productie of aanpassing van de prijzen "uit de problemen te groeien."
- Door de veranderingen is vastgoed hoog in de agenda's van de bestuurders in de zorg komen te staan.
- Overdracht van verantwoordelijkheden vraagt om vertrouwen. Het is aan de overheid om kaders aan te geven die dit vertrouwen niet tegenspreken maar juist bevestigen.

3.4.2 Aanbevelingen

- Zorg voor beleidsduidelijkheid vooraf en tijdens de transitie, onzekerheden tijdens de overdracht van verantwoordelijkheden dragen het risico in zich dat de toegang tot de kapitaalmarkt stagneert en daardoor nodige investeringen achterwege blijven.
- Zorg dat instellingen "schoon door de poort" gaan, zodat de financiële nadelen van het oude systeem zijn opgelost en instellingen een reële startpositie hebben om op eigen benen te kunnen staan. Dit vraagt om een goede financiële afwikkeling van de vastgoedoverdracht.
- Voorkom dat instellingen klem komen te zitten tussen hogere risico's en onvoldoende financiële middelen om deze risico's te managen.
- Maak het mogelijk dat instellingen "uit de problemen kunnen groeien" door een hogere productie en/of betere marges op de omzet.
- Vermijdt dat er cumulatieve risico's ontstaan voor de instellingen vanwege gelijktijdige wijzigingen in zowel de uitgaven kant van kapitaallasten, als de inkomsten kant van bekostiging en gereguleerde prijsvorming.
- Let op financiële consequenties voor de instellingen die ontstaan doordat bij

een gewijzigd risicoprofiel vastgoed anders in de boekhouding gewaardeerd moet worden

- Het juridisch eigendom en zeggenschap over het vastgoedvermogen moet helder zijn en blijven om toegang tot de kapitaalmarkt te houden.
- Creëer een situatie van wederzijds vertrouwen.

3.5 Bronnen

Hoofdstuk 3 is gebaseerd op berichten uit het digitale archief van Zorgvisie uit de periode 2004-2012, te vinden onder <http://archief.zorgvisie.nl>, gedownload op 6-3-2012. Data berichten:

| | | |
|------------|------------|------------|
| 1-12-2004 | 27-3-2009 | 11-4-2011 |
| | 8-4-2009 | 9-5-2011 |
| 25-3-2005 | 19-5-2009 | 27-5-2011 |
| 16-9-2005 | 28-5-2009 | 17-6-2011 |
| 30-9-2005 | 1-6-2009 | 4-8-2011 |
| 21-10-2005 | 4-6-2009 | 22-8-2011 |
| 28-10-2005 | 19-6-2009 | 21-9-2011 |
| 11-11-2005 | 22-6-2009 | 2-11-2011 |
| 1-12-2005 | 23-6-2009 | 9-11-2011 |
| 2-12-2005 | 29-6-2009 | 17-11-2011 |
| 9-12-2005 | 1-7-2009 | 23-11-2011 |
| | 2-7-2009 | |
| 1-3-2006 | 3-8-2009 | 9-2-2012 |
| 17-3-2006 | 10-8-2009 | |
| 1-5-2006 | 3-10-2009 | |
| 1-7-2006 | 23-10-2009 | |
| 28-7-2006 | 25-11-2009 | |
| 25-8-2006 | 30-11-2009 | |
| 2-9-2006 | 1-12-2009 | |
| | 16-12-2009 | |
| 6-4-2007 | 28-12-2009 | |
| 1-6-2007 | 30-12-2009 | |
| 22-6-2007 | | |
| 13-7-2007 | 8-1-2010 | |
| 14-8-2007 | 27-1-2010 | |
| 21-9-2007 | 5-2-2010 | |
| 24-9-2007 | 11-2-2010 | |
| 28-9-2007 | 18-2-2010 | |
| 11-10-2007 | 22-2-2010 | |
| 15-10-2007 | 23-2-2010 | |
| 19-10-2007 | 18-3-2010 | |
| 1-11-2007 | 19-3-2010 | |
| 13-11-2007 | 2-4-2010 | |
| | 14-4-2010 | |
| 2-1-2008 | 26-4-2010 | |
| 8-1-2008 | 28-4-2010 | |
| 1-3-2008 | 29-4-2010 | |
| 11-4-2008 | 21-6-2010 | |
| 12-6-2008 | 28-6-2010 | |
| 27-6-2008 | 16-9-2010 | |
| 12-8-2008 | 13-9-2010 | |
| 28-8-2008 | 17-9-2010 | |
| 1-9-2008 | 1-10-2010 | |
| 8-9-2008 | 1-11-2010 | |
| 9-9-2008 | 1-12-2010 | |
| 17-9-2008 | 5-12-2010 | |
| 17-10-2008 | | |
| 21-10-2008 | 7-1-2011 | |
| 4-11-2008 | 19-1-2011 | |
| 11-11-2008 | 25-2-2011 | |
| 27-11-2008 | 4-3-2011 | |
| | 10-3-2011 | |
| 27-2-2009 | 18-3-2011 | |

- Bos, W. J., Koevoets, H. P. J., & Oosterwaal, A. (2011). Ziekenhuislandschap 20/20 Niemandslaan of Droomland. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Duchatteau, D. C., en Vink, M. D. H. (2011). Medisch technologische ontwikkelingen zorg 20/20. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Zorg.
- Hermans, H. E. G. M. (2010). Structuur en organisatie gezondheidszorg. In H. E. G. M. Hermans & M. A. J. M. Buijssen (Eds.), *Recht en gezondheidszorg* (pp. 59-91). Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg.
- Hoogervorst, J. F. (2005). *transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg* [transparent and integrated tariffs in healthcare]. The Hague: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Klink, A. (2007a). *Besluit van houdende tweede wijziging van het uitvoeringsbesluit WTZi*. Den Haag: Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Klink, A. (2007b). *Met zorg ondernemen*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Klink, A. (2008a). *Advies commissie nadeelcompensatie en kapitaalslasten*. Den Haag: Ministerie Volksgezondheid Welzijn en Sport.
- Klink, A. (2008b). *Regeling van de minister van Volksgezondheid welzijn en sport, houdende de instelling van de commissie nadeelcompensatie afschaffing bouwregime waaronder nacalculatie gebouwgebonden kapitaalslasten van ziekenhuizen*. Den Haag: Ministerie Volksgezondheid. Welzijn en Sport.
- Klink, A. (2009). *Toespraak minister op het mini-symposium "Zorgbouw (z) onder toezicht?"*, Den Haag, 15 december 2009. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Nederlandse Zorg autoriteit NZa. (2009a). *Advies over aanpassing van de beleidsregel overgangsregime kapitaalslasten*. Den Haag: Nederlandse Zorg autoriteit NZa.
- Nederlandse Zorg autoriteit NZa. (2009b). *Uitvoeringstoets Van budget naar prestatie, prestatiebekostiging binnen de medisch specialistische zorg*. Den Haan: Nederlandse Zorg autoriteit NZa.
- PriceWaterhouseCoopers. (2009). *Rapport van feitelijke bevindingen naar aanleiding van specifiek overeengekomen werkzaamheden inzake financieringsbehoefte algemene ziekenhuizen*. Den Haag: Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Schut, E., & Rutten, F. (2009). *Economie van de gezondheidszorg*. Amsterdam: Elsevier Gezondheidszorg.
- Vroon, T. (2007). *Monitoring gebouwkwaliteit algemene ziekenhuizen, Macrorapportage*. Utrecht: College Bouw Zorginstellingen.