



NVZ vereniging van ziekenhuizen
T.a.v. mevrouw ir. J.M. Leemhuis-Stout
Postbus 9696
3506 GR UTRECHT

Ons kenmerk CZ/TSZ-2803120	Inlichtingen bij	Doorkiesnummer	Den Haag
Onderwerp Invoering prestatiebekostiging		Bijlage(n)	Uw brief

Geachte mevrouw Leemhuis,

De afgelopen weken voerden wij overleg naar aanleiding van brieven die u stuurde over de invoering van prestatiebekostiging, meer in het bijzonder bezien vanuit de kapitaallasteninvalshoek. Namens uw leden heeft u aangegeven de hoofdroute van de beleidsvoornemens met betrekking tot de ziekenhuiszorg te aanvaarden (integrale prijzen, afschaffen lumpsum, maatstafconcurrentie als transitie instrument, de in de begroting opgenomen taakstelling) onder de voorwaarde dat meer duidelijkheid ontstaat omtrent de randvoorwaarden voor een transitie naar het opnemen van de kapitaallasten in de integrale prijzen. Het gaat daarbij over de volgende punten:

- De zekerheden die gelden bij de overgang en het invoeringstraject. Het gaat daarbij om; een stapsgewijze invoering van de maatstafconcurrentie, ruimte voor volumegroei, behoud van de rol van de overheid bij het Waarborgfonds, de vermogenskosten, behoud van boekwinsten en maatwerkbenadering voor specifieke gevallen. Ik ga hier in paragraaf 2 van deze brief op in.
- De wijze waarop ondersteuning kan worden geboden aan de ziekenhuizen bij de voorbereidingen. Ik ga hier in paragraaf 3 op in.
- Het eigendomsvraagstuk. Ik ga hier in paragraaf 4 op in.

Gelet op de inderdaad forse inspanningen die de ziekenhuissector sinds de nota "Vraag aan bod" uit 2001 heeft geleverd –waarvoor ik grote waardering heb– en de omvangrijke operatie die nu ook voor de deur staat, heb ik begrip voor uw verzoek. In deze brief wil ik dan ook uitgebreid ingaan op de randvoorwaarden van de kapitaallastenintegratie, enerzijds met het doel de reeds met u afgesproken randvoorwaarden nog eens te memoreren en anderzijds om nadere afspraken te maken gericht op een voor alle partijen zo beheersbaar mogelijke transitieperiode.

1. Voorbereiding voor het transitietraject

Het transitietraject is de afgelopen jaren in een aantal beleidsbrieven nader gespecificeerd. Naast deze beleidsmatige voorbereiding is er inzicht opgebouwd in de effecten op instellingsniveau. Dit inzicht is ontleend aan analyses die zijn uitgevoerd door de NZa, het CBZ in samenwerking met de Stichting DBC Onderhoud (SDO), het bureau Finance Ideas (in opdracht van VWS en in samenwerking met de NVZ) en laatstelijk door het College Bouw Zorginstellingen (CBZ) in samenwerking met Gupta.

De NZa heeft geen relatie geconstateerd tussen de kapitaalintensiteit en de doelmatigheid van ziekenhuizen. Daarom ligt volgens de NZa een apart overgangsregime voor kapitaallasten niet voor de hand. Wel stelt de NZa een geleidelijke invoering voor van de herziene bekostigingswijze als geheel. Onlangs is, in opdracht van de NVZ, een Prismant-rapport beschikbaar gekomen waaruit zou blijken dat deze relatie er wel zou zijn. Ik zal ervoor zorgen dat NZa en Prismant/NVZ de verschillende conclusies onderzoeken.

CBZ en SDO hebben een analyse uitgevoerd die is gebaseerd op een systeem waarbij op basis van kapitaallastenintensiteit per DBC een normatieve huisvestingscomponent berekend wordt. Een dergelijke benadering per afzonderlijke DBC past echter niet in het model van een maatstaf waarbinnen het ziekenhuis onderhandelt over prijs en volume van de te leveren DBCs en grotendeels zelf bepaalt welke kosten aan welke DBCs worden toegeschreven. Dit laat onverlet dat het rapport van CBZ en SDO waardevolle informatie heeft opgeleverd over de macrokosten die met rente en afschrijving gemoeid zijn. Zo blijkt uit de analyse van CBZ en SDO dat de benodigde kapitaallasten van gebouwen passen binnen het beschikbare budget voor bouwkosten van ziekenhuizen.

Het rapport van Finance Ideas is gebaseerd op een kasstroombenadering. Het onroerend goed is zoveel waard als de contante waarde van de toekomstige productie. Op basis van nu bekende gegevens en enkele aannames worden toekomstige solvabiliteit en het vermogen om rentelasten op te brengen in beeld gebracht. In het onderzoek wordt uitgegaan van een kapitaallastenvergoeding van 7,4%. Voor een centraal vastgestelde kapitaallastenvergoeding is evenwel in een model van maatstafconcurrentie geen plaats en tegen die achtergrond dienen de resultaten van het onderzoek dan ook geïnterpreteerd te worden.

CBZ heeft eveneens een benadering uitgewerkt om de waarde van onroerend goed te bepalen zonder daarbij evenwel het model toe te passen op individuele instellingen.

Uit het eerder genoemde Prismant-rapport, dat in opdracht van de NVZ gemaakt is, blijkt dat het doelmatigheidspotentieel minder bedraagt dan waarvan de NZa uitgaat. Bij eerste lezing lijkt het verschil te verklaren te zijn uit het gebruik van verschillende gegevens en de omvang van het totaalbedrag waarover het doelmatigheidspotentieel berekend wordt. Zoals hierboven aangegeven zal ik ervoor zorgen dat NZa en Prismant/NVZ de verschillen in beeld brengen.

Instellingen beschikken over de uitkomsten van de analyses van CBZ en Finance Ideas voorzover die betrekking hebben op hun eigen casus. Dat heeft aan individuele ziekenhuizen duidelijk gemaakt wat het te verwachten effect is van het afschaffen van de nacalculatie op kapitaallasten. Bekend is dat individuele ziekenhuizen hun voorgenomen investeringsbeslissingen nog eens tegen het licht gehouden hebben. Dat vind ik verstandig.

Een belangrijke voorwaarde voor de hierboven geschetste ontwikkelingen is een bekostigingssystematiek die zorgaanbieders een adequate vergoeding biedt voor geleverde prestaties. Transparante en kostendekkende tarieven bieden meer mogelijkheden om de aanwezige medisch inhoudelijke en bedrijfseconomische creativiteit aan te wenden, waarvan uiteindelijk de patiënt zal profiteren middels hoogkwalitatieve en betaalbare zorg en een hoge servicegerichtheid van instellingen. Uiteraard vergt dit een zorgvuldige invoering. Hiervoor heb ik dan ook een groot aantal maatregelen genomen, waarop ik in deze brief nader inga.

2 Zekerheden en zorgvuldige invoering

Ik ben van opvatting dat met de invoering van integrale prestatiebekostiging een pakket van goed afgewogen beleidsmaatregelen noodzakelijk is:

- 1 stapsgewijze invoering van de maatstafconcurrentie/meerjarige zekerheid,
- 2 ruimte voor volumegroei,
- 3 behoud van de rol van de overheid bij het Waarborgfonds,
- 4 monitoring van de vermogenskostenvergoeding,
- 5 behoud van boekwinsten voor de zorginstelling, en tenslotte
- 6 de maatwerkbenadering voor specifieke gevallen.

1. stapsgewijze invoering van de maatstafconcurrentie/meerjarige zekerheid

In de brief "Waardering voor betere zorg" heb ik aangegeven dat invoering van maatstafconcurrentie gefaseerd zal plaatsvinden, mede op basis van advies van de NZa. Het historisch budget blijft gedurende de overgangperiode, zij het in aflopende mate, de hoogte van de maatstaf mee bepalen. De hoogte van de maatstaf is aan het begin van de transitieperiode voor de hele periode bekend. Om de ziekenhuizen maximaal te faciliteren heeft de NZa een routekaart ontwikkeld. Zo zal op 1 november aanstaande de uitlevering van het voorlopige rekenmodel plaatsvinden en zullen de instellingsspecifieke efficiencyscores op basis van data over 2006 bekend worden. Hierdoor krijgen de ziekenhuizen inzicht in hun relatieve efficiency. Ook start op deze datum het consultatieproces van de NZa met de ziekenhuizen om te komen tot een verdere verbetering en verfijning van de efficiencyscore. Op 1 april 2008 zullen nieuwe efficiencyscores worden uitgevraagd door de NZa en worden de exacte specificaties van het maatstafmodel uitgeleverd. Medio september 2008 vindt de berekening van de maatstaf, het prijsplafond en de casemixgewichten plaats en op 1 oktober 2008 vindt tenslotte de uitlevering van de definitieve maatstaf plaats.

2. ruimte voor volumegroei

Vanzelfsprekend is de macro-budgettaire ruimte uitgangspunt bij het vaststellen van de maatstaf per ziekenhuis. Tegenover een taakstellende efficiencybesparing die in 2011 400 miljoen euro bedraagt, komt in de periode 2008-2011 2 miljard euro extra beschikbaar. Dit komt overeen met een gemiddelde jaarlijkse volumegroei van 3,1% en deze groei is hoger dan in de achter ons liggende jaren.

De NZa schat op basis van gegevens over 2005 het doelmatigheidspotentieel van maatstafconcurrentie in op 400 miljoen euro. De berekening van die verwachte opbrengst is een saldo van kosten en opbrengsten.

De ruimte die bij gelegenheid van de bouwprioritering in 2004 in het bouwkader gereserveerd was voor het tot in 2012 realiseren van een aanzienlijk aantal (grote) bouwprojecten blijft in het kader beschikbaar. Evenwel niet als geormerkt "bouwgeld" maar dan als ruimte in het algemeen. De ruimte voor productiegroei alsmede instandhoudingsbouw en volumebouw verandert hierdoor niet.

De maatstaf legt geen restricties op aan het door een individuele instelling te leveren volume. De maatstaf fluctueert mee met de gecontracteerde hoeveelheid zorg. Het volume blijft uitkomst van onderhandelingen tussen verzekeraars en zorgaanbieders. Geen restricties op het volume betekent dat instellingen mogelijkheden hebben om het bedrijfsresultaat te verbeteren. Uiteraard blijf ik de macrovolumeontwikkeling monitoren, vanuit mijn verantwoordelijkheid voor een beheersbare kosten- en volumeontwikkeling in de zorg, maar ik wil op deze wijze aanvullende prijsingrepen, zoveel als mogelijk, voorkomen.

3. behoud van de rol van de overheid bij het Waarborgfonds

In de brief "Met zorg ondernemen" geef ik aan dat het Waarborgfonds voorlopig gehandhaafd blijft. De overheid blijft in ieder geval in de overgangperiode de achtervangfunctie bij het Waarborgfonds vervullen. De mogelijkheid blijft dus bestaan om leningen met WfZ-garantie af te sluiten (zonder bancaire opeisingsclausule), waardoor risico's voor de kapitaalverstrekker (een bank of een belegger) worden verminderd. Bovendien vervalt voor banken die een lening verstrekken aan een zorginstelling die lid is van het WfZ, de door De Nederlandsche Bank (DNB) opgelegde solvabiliteitsverplichting. Beide factoren leiden ertoe dat zorginstellingen een lagere rente voor de lening hoeven te betalen en de continuïteit van deze leningen is verzekerd. Door de zekerheidsstructuur van het WfZ verlangen banken lagere vermogensrisico's voor leningen onder WfZ-garantie.

4. monitoring van de vermogenskostenvergoeding

De NZa geeft in zijn uitvoeringstoets "Op weg naar vrije prijzen" aan dat zich een stijging van de vermogenskosten kan voordoen. De NZa geeft daarbij aan dat een vangnet een stijging van de vermogenskostenvergoeding mitigeert.

Ik teken daarbij aan dat ook het voortbestaan van het Waarborgfonds een mitigerend effect op de ontwikkeling van de vermogenskostenvergoeding zal houden. Zoals bij punt 2 al aangegeven werd, is met een stijging van de vermogenskosten rekening gehouden bij het bepalen van de opbrengst van de invoering van maatstafconcurrentie.

Het uitgavenkader wordt regulier, bovenop de al eerder genoemde volumegroei, aangepast voor nominale ontwikkelingen. Omdat op voorhand niet valt te bepalen of er (op korte termijn) sprake zal zijn van een verhoging van de vermogenskostenvergoeding en hoe hoog die eventueel zal zijn, heb ik de NZa gevraagd de ontwikkeling van de vermogenskostenvergoeding te monitoren. Indien uit deze monitor blijkt dat de vermogenskostenontwikkeling voor de ziekenhuizen substantieel afwijkt van de vermogenskostenontwikkelingen in de markt, zal een expliciet besluit genomen moeten worden over een aanpassing van de maatstaf. Inzet is de maatstaf in voldoende mate te laten mee bewegen met substantiële ontwikkelingen. Dit laat echter onverlet dat het de primaire verantwoordelijkheid is van de individuele instellingen om een efficiënt vermogensbeheer te voeren.

5. behoud van boekwinsten voor de zorginstelling

Boekwinsten mogen behouden worden. Een eventuele meeropbrengst bij verkoop van onroerend goed (grond en gebouwen) zal ten goede komen aan de instelling. Deze beleidswijziging heeft tot gevolg dat boekwinsten en -verliezen bij verkoop niet langer door de NZa worden verrekend in de tarieven. In paragraaf 4 van deze brief wordt nader ingegaan op "behoud van vermogen in de zorg". Zolang het gegeneerde vermogen behouden blijft voor de zorg hebben instellingen de ruimte om hun onroerend goed efficiënt te gebruiken en in te zetten voor de verbetering van de balans.

6. de maatwerkbenadering voor specifieke gevallen

Bovenstaande maatregelen zorgen voor een beheerste en verantwoorde overgang. Bovenop deze generieke maatregelen heb ik in genoemde brief een (specifieke) maatwerkbenadering aangekondigd voor die instellingen die ten gevolge van de afschaffing van de nacalculatie op kapitaallasten (inclusief het schonen van het B-segment van kapitaallasten) in onoverkomelijke problemen dreigen te komen. Dat vind ik absoluut ongewenst. Hieronder werk ik de maatwerkbenadering verder uit.

In goed overleg met de sector zal ik een commissie vragen de maatwerkbenadering uit te voeren. Deze commissie zal bestaan uit onafhankelijke leden, waarbij de selectie in samenspel met de sector plaatsvindt. De commissie beoordeelt of er sprake is van een onoverkomelijk probleem. Het moet daarbij gaan om problemen die zich gedurende de periode van de maatstafconcurrentie (2009-2011) dreigen voor te doen ten gevolge van de afschaffing van de nacalculatie op WZV/WTZi-goedgekeurde investeringen voor gebouwen en grond. Het gaat dus om afwikkeling van die wet- en regelgeving.

Blad

6

Kenmerk

CZ/TSZ-2803120

Afhandeling van claims die voortkomen uit andere veranderingen in de wet- en regelgeving zijn de verantwoordelijkheid van de NZa.

Ziekenhuizen kunnen eventuele problemen die voortvloeien uit de afschaffing van de nacalculatie nu al zien aankomen.

De commissie zal de volgende 3 principes hanteren:

- 1) de problemen moeten voortvloeien uit de afschaffing van de nacalculatie op kapitaallasten (een causale relatie).
 - 2) de instelling is niet zelf in staat om, na eventuele maatregelen, de problemen zelf op te lossen.
 - 3) de solvabiliteit van de instelling verslechterd gedurende de overgangperiode structureel.
- Op basis van deze drie principes zal de commissie aan de minister aangeven welke ziekenhuizen voor een maatwerkoplossing in aanmerking komen. Nader overleg zal plaatsvinden met de commissie en de sector over de nadere uitwerking van deze principes.

Principe 1 betekent dat er een causale relatie dient te zijn tussen de problemen en de wijziging in kapitaallastebekostiging. Te meer geldt dat voor investeringen die gedaan zijn na maart 2005, het moment van uitkomen van de eerste kapitaallastenbrief. In dat geval moet de instelling aannemelijk maken dat die investeringen onvermijdelijk waren en niet hadden kunnen worden uit- of bijgesteld.

Principe 2 betekent dat instellingen zoveel mogelijk proberen de problemen binnen de eigen exploitatie/balans op moeten lossen. De effecten van de verschillende beleidswijzingen zullen integraal bezien worden. Mogelijkheden voor de instelling om de problemen op te lossen zijn het betrekken van de (mogelijke) opbrengst van grond en gebouwen en eventuele andere bezittingen, vergaande samenwerking, het onderzoeken van de bereidheid van banken voor kredietverschaffing en verzekeraars om meerjarige productieafspraken te maken.

Principe 3 betekent dat als er sprake is van een structurele verslechtering van de solvabiliteit de commissie kan adviseren de instelling in aanmerking te laten komen voor maatwerk. Het gaat dan om instellingen waarvan de solvabiliteit verslechtert als gevolg van de wijziging in de kapitaallastebekostiging (bijvoorbeeld door herwaardering of door verkorting van de afschrijvingstermijnen). Instellingen komen niet per definitie door het afschaffen van de nacalculatie van de kapitaallasten in onoverkomelijke problemen. Indien de overheid instellingen compensatie zou geven voor de verslechtering van de solvabiliteit, omdat dan een gelijke uitgangspositie gecreëerd zou worden, dan zouden ook de instellingen die er qua solvabiliteit op vooruit gaan hun verschil moeten inleveren. Een gelijke uitgangspositie wordt bepaald door vele factoren. Ook zonder kapitaallastenoperatie is er immers geen sprake van een gelijke uitgangspositie; om dat via de kapitaallastenverevening te realiseren is onwenselijk en niet uitvoerbaar. Desalniettemin help ik wel die instellingen die niet draagkrachtig genoeg zijn om hun onoverkomelijke problemen op te lossen.

Blad

7

Kenmerk

CZ/TSZ-2803120

Over mate waarin een verslechtering van de solvabiliteit moet plaats vinden wil de instelling in aanmerking komen voor maatwerk zal ik de commissie vragen met een nadere uitwerking van de bandbreedte te komen. Hierbij moet echter wel worden bedacht dat naarmate meer instellingen in aanmerking komen voor een maatwerkoplossing, dit in oplopende mate ten koste gaat van de ruimte die beschikbaar is binnen het budgettaire kader zorg.

Het is denkbaar dat er instellingen zijn die als gevolg van deze wijziging pas in de eerste jaren na 2011 in onoverkomelijke problemen komen. Dit kan bijvoorbeeld blijken uit een dusdanige structurele ontwikkeling van de solvabiliteit van de instelling dat in 2011 een gezonde exploitatie op langere termijn is uitgesloten. Ook in die gevallen kan de commissie besluiten de instelling in aanmerking te laten komen voor een advies over een maatwerkoplossing. De bovenstaande principes gelden dan uiteraard ook onverkort.

Bekend is dat instellingen die recent nieuwbouw gepleegd hebben mogelijk instellingen zijn die financieringsproblemen gaan krijgen. Indien deze instellingen vinden dat zij in aanmerking komen voor een maatwerkoplossing, kunnen zij zich melden bij de onafhankelijke commissie. De commissie zal ook de voordelen van een nieuw gebouw hebben mee te wegen.

De commissie beoordeelt door individuele ziekenhuizen aangedragen (bewijs)materiaal. Daarnaast kan de commissie advies/informatie vragen aan de NZa, CBZ en het College Sanering Zorginstellingen (CSZ). De in paragraaf 1 genoemde rapporten zullen aan de commissie ter beschikking worden gesteld. Idealiter rondt de commissie zijn werkzaamheden voor 1 juni 2008 af. De technische uitwerking van individuele compensatie zal ik in overleg met de NZa ter hand nemen. Ik zie mogelijkheden om de maatwerkbenadering nog onder vigeur van de FB-systematiek af te handelen.

3 Ondersteuning

Het is van het grootste belang dat ziekenhuizen inzicht hebben in hun toekomstige financiële situatie. Mij is bekend dat een aantal ziekenhuizen zich dat inzicht al verworven heeft. Ik heb aangegeven bereid te zijn de NVZ te ondersteunen bij het voorbereiden van instellingen, die daar nog behoefte aan hebben, op de komende veranderingen. Het gaat hierbij – naast de wijziging in kapitaallastenbesteding en de invoering van prestatiebesteding – ook over de vergroting van het B-segment van 10% naar 20%. Zoals eerder al aangegeven heeft de NZa een traject uitgewerkt waarlangs ziekenhuizen informatie verkrijgen over de op hun van toepassing zijnde maatstaf.

Ik ben bereid de NVZ financieel op dit punt te ondersteunen. De NVZ kan dan vervolgens haar leden weer ondersteunen om een 'foto' te maken van de te verwachte financiële situatie 2008, 2009 en verder. Over de uitwerking hiervan maak ik graag nadere afspraken met u.

4 Eigendom

Mijn beleid is erop gericht om instellingen meer vrijheid en eigen verantwoordelijkheid te geven met betrekking tot hun vastgoed en vermogensopbouw. In het licht van dit beleid houdt de bemoeienis van CBZ en CSZ met betrekking tot de vastgoedbeslissingen van instellingen ook op te bestaan. Deze grotere vrijheid voor instellingen roept wel de noodzaak op om te bepalen binnen welke kaders het huidige vermogen mag worden aangewend. Met de beleidsregels wil ik zeker stellen dat het vermogen van zorginstellingen (of meer specifiek: de waarde van het onroerend goed van zorginstellingen) ook in de toekomst wordt aangewend voor de zorg en dus niet een andere bestemming krijgt.

Dat betekent dat zolang een zorginstelling zijn onroerend goed niet van de hand doet en dit blijft gebruiken voor het verlenen van zorg, de instelling geen 'last' heeft van de beleidsregel: de waarde van het onroerend goed wordt dan immers aangewend voor de zorg.

Wanneer een instelling besluit onroerende zaken van de hand te doen (het meest voor de hand liggende geval is een verkoop) dan genereert dat een opbrengst. De beleidsregels willen zekerstellen dat de instelling die opbrengst wederom aan zorg besteedt en niet aan iets anders. Boekwinsten worden dan ook niet meer 'afgeroomd' door de overheid, maar dienen door instellingen zelf te worden ingezet voor de zorg, op de manier waarvan de instelling zelf denkt dat dit de beste bijdrage levert aan de (zorg)activiteiten van de instelling.

Zoals ik in de brief Met Zorg Ondernemen van 9 juli 2007 heb opgenomen moet de minister de mogelijkheid hebben om tijdig in te grijpen bij zorginstellingen in ernstige financiële problemen. Hiervoor heb ik in de brief aangekondigd een juridische basis te creëren, bijvoorbeeld door het aanstellen van een bewindvoerder. In die gevallen zal er ruimte zijn om maatwerkoplossingen te zoeken, die zondig afwijken van de beleidsregels behoud van vermogen voor zorg.

Ik wil aan de ene kant zorginstellingen maximale vrijheid geven maar ik heb aan de andere kant een publieke verantwoordelijkheid voor de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg. Deze publieke verantwoordelijkheid brengt met zich mee dat ik me niet slechts kan verlaten op bestaande privaatrechtelijke waarborgen voor het behoud van vermogen. Dat is een van de redenen dat ik ervoor gekozen heb door middel van een publiekrechtelijk instrument – het verbinden van een voorschrift aan de toelating van instellingen – van instellingen te verlangen dat zij de opbrengst van vastgoedtransacties aan zorg besteden (en niet aan iets anders).

De bedoeling van de verplichting de 'marktwaarde ten tijde van de transactie' voor de zorg te bestemmen is om eventuele stille reserves te behouden voor de zorg.

In de eerste plaats kan de marktwaarde afwijken van de boekwaarde. Deze kan hoger, maar ook lager zijn.

Blad

9

Kenmerk

CZ/TSZ-2803120

In de tweede plaats kan in de toekomst een aanwending van het onroerend goed mogelijk zijn, die de marktwaarde van het onroerend goed doet stijgen, doch die thans nog niet is te voorzien. Hierbij kan gedacht worden aan wijzigingen in de sfeer van de ruimtelijke ordening of de omgeving van de instelling.

Een en ander laat de mogelijkheid dat private investeerders investeringen doen in vastgoed dat in gebruik is bij zorginstellingen, in mijn optiek gewoon open.

Ook thans financieren de banken de investeringen in de zorg. Daar tegenover staat dat de banken daar als vergoeding rentekosten in rekening brengen, welke in de DBC prijs is opgenomen.

Om de keuzemogelijkheden van instellingen voor wat betreft hun financiering te vergroten zal ik samen met u verkennen of en onder welke condities andere partijen zouden kunnen bijdragen aan de doelmatigheid en verbetering van de kwaliteit van de zorg. Ik wil met u bezien welke ruimte daar binnen de huidige regelgeving voor kan worden geboden. Mijn uitgangspunt om (in elk geval) het tot nu toe uit collectief gefinancierde middelen opgebouwde vermogen voor de zorg te behouden en niet weg lekt geldt daarbij onverkort.

In het geval een private investeerder bijvoorbeeld bereid is onroerend goed van een zorginstelling over te nemen en daar vervolgens aanvullende investeringen in wil plegen dan behoort dat tot de mogelijkheden. Ik wil daarbij bezien op welke wijze omgegaan kan worden met het rendement dat de zorginstelling maakt. Mijn eerste gedachte gaat uit naar een onderscheid in rendement van de gewone bedrijfsuitoefening en het rendement dat behaald wordt als gevolg van de waardeinstijging van de gebouwen. De beleidsregels verlangen van de instelling een marktconforme prijs te bedingen bij de transactie en de opbrengst van de transactie vervolgens aan de zorg te besteden. De private investeerder is vervolgens vrij te beschikken over het onroerend goed en eventuele toekomstige waardeinstijgingen bijvoorbeeld als gevolg van aanvullende investeringen.

Volledigheidshalve wijs ik nog op een tweetal zaken:

- het begrip zorg is breder dan alleen de fysieke zorg die een patiënt of cliënt ontvangt. Ook bijvoorbeeld het aflossen van een schuld, het treffen van een reservering voor toekomstige aankopen of het bekostigen van een opknapbeurt van (een deel van) het ziekenhuis of het verpleeghuis wordt hieronder verstaan. Een ziekenhuis mag de opbrengst van een vastgoedtransactie ook gebruiken om te investeren in andere sectoren van zorg, zoals de sector verpleging en verzorging. Ook versterking van het eigen vermogen is toegestaan, waardoor de solvabiliteit kan verbeteren.
- De in de beleidsregels genoemde termijn van een jaar komt pas om de hoek kijken als een zorginstelling al haar activiteiten staakt en beoogt te voorkomen dat 'slapende' vermogens ontstaan die 'niets doen' terwijl ze in de zorg goed gebruikt kunnen worden.

5 Tot slot

Het is mijn inzet om ziekenhuizen en verzekeraars de komende jaren meer ruimte te geven om naar eigen inzicht invulling te geven aan de zorg. Eerder heb ik aangegeven uitbreiding van het segment waarvoor vrije prijzen gelden, na te streven. Prestatiebeploeiing op basis van integrale tarieven (inclusief kapitaallasten dus) is hiervoor noodzakelijk. Op dit beleidsmatige kernpunt zijn we de afgelopen jaren steeds samen opgetrokken.

Tegelijkertijd heb ik natuurlijk begrip voor het feit dat u aandacht vraagt voor de concrete belangen van individuele leden en aandringt op een zorgvuldig overgangstraject. Op dat punt stelde u in de diverse overleggen terechte vragen. Ik hoop die vragen in deze brief te hebben beantwoord.

In deze brief heb ik verder opnieuw uitgesproken dat ik onoverkomelijke problemen van individuele ziekenhuizen die voort vloeien uit het afschaffen van de nacalculatie op kapitaallasten zal oplossen. Het kan daarbij bijvoorbeeld gaan om ziekenhuizen die net nieuw gebouwd hebben of om ziekenhuizen die in problemen komen vanwege herwaardering/verkortings afschrijvingstermijnen. Met dit bestuurlijk commitment hecht ik de periode van aanbodplanning en overheidsbetrokkenheid met bouwplannen van ziekenhuizen af.

Alles overwegende ben ik van mening dat sprake is van een zorgvuldige invoering die voorafgegaan is door een langdurige voorbereidingsperiode en omringd is met een aantal belangrijke zekerheden. Mijn uitgangspunt daarbij is dat sprake is van een samenhangend pakket aan maatregelen waarvan de effecten ook in samenhang gezien moeten worden.

Afschrift van deze brief stuur ik aan de Tweede Kamer en de NZa.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

dr. A. Klink