

# Strategisch vastgoedbeheer in de zorgsector

Economische en juridische aspecten

Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid  
en Zorg bij het advies Management van vastgoed in de zorgsector

Zoetermeer, 2006

**Raad voor de Volksgezondheid en Zorg**

Postbus 7100

2701 AC Zoetermeer

Tel 079 368 73 11

Fax 079 362 14 87

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

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

**Colofon**

Ontwerp: 2D3D, Den Haag

Fotografie: Eric de Vries

Druk: Quantes, Rijswijk

Uitgave: 2006

ISBN-10: 90-5732-169-6

ISBN-13: 978-90-5732-169-6

*U kunt deze publicatie bestellen via onze website ([www.rvz.net](http://www.rvz.net))  
of telefonisch via de RVZ (079 3 68 73 11) onder vermelding van  
publicatienummer 06/04. De prijs van de publicatie is € 15,00.*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

## Inhoudsopgave

### Lusten en lasten van vrije investeringsselectie: uitdagingen voor het management van zorginstellingen

*Patrick Jeurissen*

1	Inleiding	9
2	Historische achtergrond	11
3	De markten voor financiering van zorginstellingen	22
4	Verschillen tussen care en cure	41
5	Financieel management: benodigde expertise	50

### Juridische en bestuurlijke aspecten van het beheer van zorgvastgoed

*Marina de Lint*

#### Deel A:

	Concernvorming	
1	Inleiding	75
2	Algemeen kader concernvorming	77
3	Motieven voor concernvorming	83
4	Concernvorming in de praktijk van de gezondheidszorg	86
5	De andere kant van de medaille: concerngevaar	90
6	Toezicht op concernvorming in de gezondheidszorg	93

#### Deel B:

	Eigendom van zorgvastgoed: to have and to hold?	
1	Inleiding	95
2	Inperking van beschikkingsmacht en praktische consequenties	96
3	Inperking noodzakelijk?	97
4	Conclusie	100

#### Bijlagen

	Lijst van afkortingen	113
	Overzicht publicaties RVZ	114



# Lusten en lasten van vrije investeringsselectie

Uitdagingen voor het management van zorginstellingen

Patrick Jeurissen



## Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>Historische achtergrond</b>	<b>11</b>
2.1	De financiering van kapitaal voor de komst van de ziektekostenverzekeringen	11
2.2	De financiering van kapitaal tot de komst van het ontwerp van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (1945-1971)	12
2.3	Van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen naar de Wet Toelating Zorginstellingen en de kapitaallastenbrief (1971-2005)	16
2.4	De kapitaallastenbrief (maart 2005)	19
<b>3</b>	<b>De markten voor financiering van zorginstellingen</b>	<b>22</b>
3.1	Veranderingen in de bronnen van kapitaal	22
3.2	De toegang tot kapitaal	26
3.3	Financiering van kapitaallasten	31
3.4	Normen voor kapitaallasten	34
3.5	Rechtsvorm en toegang tot kapitaal	37
<b>4</b>	<b>Verschillen tussen care en cure</b>	<b>41</b>
4.1	De balanspositie	41
4.2	Bezettingsgraad kapitaal	46
4.3	Verschillen in ontwikkeling van de financiële functie	48
<b>5</b>	<b>Financieel management: benodigde expertise</b>	<b>50</b>
5.1	Het verbeteren van de toegang tot extra kapitaal	50
5.2	Aandachtspunten voor zorgorganisaties	52
	<b>Bijlagen</b>	
1	De toekomstige behoefte aan kapitaal	61
2	Strategische planning	63
3	Marktgerichte balansbeheer vormt geen keurslijf van harmonisatie	65
4	Literatuur	66





# 1 Inleiding

De overheid is voornemens om een volledig prospectieve financiering van de kapitaallasten te introduceren en het bestaande bouwregime grotendeels af te schaffen. Dit betekent, dat de zorginstellingen het volledige risico gaan lopen over de kosten en het rendement van investeringen in het vastgoed. Het lange termijn karakter van investeringen in vastgoed draagt er zorg voor dat de instellingen voor vele jaren geconfronteerd worden met de hieraan verbonden gevolgen. Het is daarom de verwachting dat de liberalisering van de bouwkundige investeringen aanzienlijke gevolgen zal hebben voor de manier waarop de bedrijfsvoering van de instellingen gestalte krijgt. Het management krijgt enerzijds meer vrijheid, maar zal tegelijkertijd ook meer risico gaan lopen.

Het centrale onderwerp van deze achtergrondstudie is wat we vanuit het perspectief van het instellingsmanagement mogen verwachten bij een prospectieve financiering van alle investeringen. We proberen hierop zicht te krijgen door de bespreking van een aantal onderwerpen. Begonnen wordt met een historische beschrijving van hoe de financiering van de bouwkundige investeringen is geregeld en welke keuzes daarbij op kritische momenten gemaakt zijn (hoofdstuk 2). Hierin wordt duidelijk dat het management oorspronkelijk zelf voor alle investeringen verantwoordelijk was, dat dit vervolgens verregaand is gecollectiviseerd en dat de risico's van de investeringen sinds de introductie van de budgettering weer geleidelijk bij het instellingsmanagement zijn neergelegd. De voorgestelde prospectieve financiering van de nieuwbouw in de 'kapitaallastenbrief' vormt als het ware de afronding van dit proces.

Hoofdstuk 3 bespreekt de ontwikkelingen op de financiële markten in hun relatie tot de beleidsvoornemens uit de kapitaallastenbrief. De verschaffing van het benodigde kapitaal zal diversificeren. Instellingen zullen (noodgedwongen) niet alleen meer een beroep doen op bancaire financiering. De toegang tot kapitaal zal meer van instellingsspecifieke factoren afhangen waardoor de onderlinge verschillen zullen toenemen. Dit proces is nu al aan de gang.

De overheid zal, voorzover en zo lang de overheid DBC-tarieven nog vaststelt, bij het vaststellen van de tarieven voorzien in een normatieve kapitaallastencomponent (nkc). De omvang en vormgeving van deze normatieve kapitaallasten componenten zijn uiteraard van groot belang. Deze nkc's moeten zowel een 'normale' bedrijfsvoering mogelijk maken, maar tegelijkertijd aansluiten bij strategische ontwikkelingen die van belang zijn voor de infrastructuur. Een specifiek probleem is de economische relatie tussen kapitaal en eigendom. Eigendom en de gekozen rechtsvorm beïnvloedt, namelijk eveneens de toegang tot kapitaal.

Het 4<sup>e</sup> hoofdstuk bespreekt de verschillen tussen de sectoren. De startposities zijn immers niet gelijk en ook de logica van de bedrijfsvoeringsprocessen is niet overal hetzelfde. Dit heeft impact op de voorwaarden waaronder kapitaal kan worden verkregen. De ziekenhuizen beschikken door hun schaalgrootte veelal over professionelere financiële expertise. Bovendien is de vastgoedportefeuille er relatief beperkt van omvang. Door de vele fusies lijkt de concurrentie bovendien beperkt en zal het verdwijnen van een ziekenhuis op politieke weerstand stuiten. Dit biedt zwakkere instellingen een zekere bescherming tegen faillissement. De care-sector beschikt over het algemeen over sterkere balansposities, kent lagere technologie gerelateerde risico's en heeft in het algemeen meer focus in de bedrijfsprocessen.

In het 5<sup>e</sup> hoofdstuk kijken we naar de benodigde competenties van het management. We bespreken hoe het instellingsmanagement zich een goede toegang tot kapitaal kan verschaffen tegen gunstige voorwaarden. Hierbij passeren een twaalfal competenties gericht op strategie, algemeen management en de investeringsselectie de revue.

## 2 Historische achtergrond

### 2.1 De financiering van kapitaal voor de komst van de ziektekostenverzekeringen

Kapitaal en dan met name middelen voor de bouw van zorginstellingen werden tot ruwweg de Tweede Wereldoorlog in de regel betaald vanuit legaten, schenkingen, pachten, giften en de opbrengsten uit de verkoop van (kerkelijke) bezittingen. Hiernaast droeg ook de gemeentelijke overheid, sinds de totstandkoming van de Armenwet in 1854 bij aan deze kosten door oprichting van eigen ziekenhuizen of specifieke subsidies aan confessionele en particuliere instellingen. Ook werd er wel grond en dergelijke ter beschikking van een instelling gesteld. Het benodigde kapitaal voor bouwkundige investeringen werd zoveel mogelijk rechtstreeks gefinancierd. Het was, zeker bij grotere investeringen, echter ook niet ongebruikelijk dat instellingen zelf obligatieleningen uitgaven of (in mindere mate) leningen bij banken aantrokken (Valk, 1951). Dit systeem typeerde zich door het feit dat de kosten van kapitaal niet of slechts gedeeltelijk in de tarieven voor de patiënten verwerkt werden.

De meer welgestelde patiënten en cliënten droegen wel middels relatief hoge tarieven bij aan de totale exploitatiekosten van de instelling. Vanuit deze overdekking konden de tarieven voor de minder bedeelden laag worden gehouden en ontstond ook enige ruimte voor nieuwe investeringen. Deze kruissubsidiëring kende een lange traditie. In de Middeleeuwen al, kochten zogenaamde proveniers zich met behulp van contracten voor hun verzorging in bij een instelling. In het begin van de twintigste eeuw ontstonden er in de ziekenhuizen en inrichtingen aparte klassenafdelingen voor de meer welgestelde patiënten die intramurale verzorging nodig hadden. In tegenstelling tot veel andere landen ontstonden er in ons land nauwelijks complete klassenziekenhuizen. Armen en welgestelden werden onder één dak verpleegd (Querido, 1960).

De boekhouding van de meeste zorginstellingen zag er eveneens heel anders uit dan tegenwoordig. In de boekhouding werd maar zeer beperkt een onderscheid gemaakt tussen een lopende dienst en een kapitaal-dienst. Hierdoor werden de investeringen ook niet afgeschreven en ‘verdwenen’ de bouwkundige kosten totdat er weer een nieuwe grootschalige investering noodzakelijk was. De commerciële boekhouding vond pas vanaf de jaren twintig ingang (Valk, 1951). De lopende uitgaven droegen ook een ander karakter en hadden vooral betrekking op de voeding van de bewoners en in mindere mate op de kosten van salarissen (veelal vanuit religieuze orden om niet geleverd) en medische middelen.

Met de overgang van ‘armenzorg’ naar ‘geneeskundige zorg’ in de eerste helft van de vorige eeuw stegen de bouwkosten van een ziekenhuis echter dusdanig dat het steeds moeilijker lukte om hiervoor voldoende giften te krijgen. Overheden konden het benodigde geld ook steeds moeilijker à fonds perdu ter beschikking stellen. Het gevolg was dat instellingen voor hun bouwplannen steeds meer moesten gaan lenen. Over deze leningen moest men uiteraard rente betalen en zo werden rente en aflossing steeds belangrijkere kostenposten binnen het verpleegdagtarief.

## **2.2 De financiering van kapitaal tot de komst van het ontwerp van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (1945-1971)**

### **Preliminare regulering van de kapitaallasten**

De centrale overheid begon zijn bemoeienis met de kosten van de ziekenhuiszorg met de instelling de Prijzenwet van 1939. Deze wet had tot doel om rechtstreekse interventie in de prijsvorming mogelijk te maken. Ziekenhuizen en Sanatoria werden hieraan in principe eveneens onderworpen. In de oorlogstijd werden de ziekenhuistarieven nagenoeg volledig bevroren. Doordat de bezettingsgraad na de afkondiging van het Ziekenfondsenbesluit (1941) echter sterk toenam leverde dit niet meteen problemen op. Lege bedden werden nu benut en de reeds in de tarieven opgenomen vergoeding voor de vaste kosten was daardoor veelal voldoende om de gecalculerde afschrijvingen en rente te dekken.

In de richtlijnen die handelden over de waardering van het kapitaal werd gekozen voor afschrijving op basis van historische kostprijzen. Omdat de prijzen in de oorlog strikt waren gereguleerd en bovendien niet stegen, leidde dit (het niet afschrijven op basis van vervangingswaarde) in die tijd nog niet tot het vooruitschuiven van bouwkosten naar de toekomst.

Na de oorlog vreesde men dat afschrijving op basis van vervangingswaarde een te hoge druk op de tarieven zou leggen. De afschrijvingspercentages werden in 1948 gespecificeerd op 2% voor gebouwen, 5% voor installaties en 10% voor de inventaris (Groot, 1960). Deze percentages gelden nog steeds. Op aangegane leningen werd eerst 4% rente (later een genormeerde en nog later de werkelijke rente) in het tarief vergoed. Met de komst van allerlei financieringsrichtlijnen ontstond ook de organische bedrijfsrekening en een uniform exploitatievoorschrift.

Hoewel de tarieven na afloop van de oorlog enige keren mochten worden verhoogd, bleef de overheid aanvankelijk een uitgesproken kraptepolitiek voeren. Tegelijkertijd steeg de bevolking sterk en waren er sterke prijsstijgingen in de bouw. Instellingen moesten daarom meer en meer een beroep doen op vreemd vermogen. Obligatieleningen (bij confessio-

nele instellingen) en onderhandse leningen deden hun intrede. Na een lange periode waarin kapitaal grotendeels vanuit giften en het eigen vermogen kon worden opgebracht, zag men zich nu geplaagd voor een kapitaallastenproblematiek. Dit leidde tot aanvragen voor incidentele aanpassingen van de richtlijnen. Het daartoe bevoegde Directoraat-generaal van de Prijzen kreeg alleen al in 1947 150 vaststellingen te verwerken, waarvan de meeste betrekking hadden op uitgesteld onderhoud en de sanering van de ziekenhuizen.

De ideeën over de structuur en het ontwerp van de gebouwen veranderden ook. Het standpunt dat in de behoefte aan ziekenhuisruimte kon worden voorzien door het bouwen van vele, kleine, verspreid gelegen inrichten werd verlaten. Het nieuwe concept werd het meer grootschalige streekziekenhuis. Aparte verblijfsvleugels voor de verschillende religieuze gezindten met een centrale OK werden ontworpen voor regio's met sterke verschillen in de levensbeschouwing. De terreinen waren veelal ruim van opzet. De bouw tenderde naar het zogenaamde dubbele corridor systeem als vervanging van enkele corridors en paviljoenbouw. In de binnensteden werd hoogbouw steeds meer een alternatief (Valk, 1951).

In de ziekenhuiszorg leidde de combinatie van stijgende prijzen, regionale variatie en verschillen in de eigen vermogenspositie, de leeftijd en staat van de gebouwen en de toegang tot goedkoop kapitaal tot grote onderlinge tariefsverschillen. Het all-out tarief van een verpleegdag in een ziekenhuis varieerde in 1956 bijvoorbeeld nog tussen de f 6,45 en f 18,10 (Groot, 1960). Ook ten aanzien van de (relatieve) rente- en afschrijvingskosten waren er verschillen (tabel 2.1). Het werd langzamerhand duidelijk dat de toekomstige vervangings- en uitbreidingsbouw niet meer enkel uit de eigen middelen kon worden gefinancierd.

**Tabel 2.1 Rente en afschrijvingskosten (% exploitatie-uitgaven) en balanswaarde (f) terreinen en gebouwen in 1949**

	Rente	Afschrijvingen	Terreinen	Gebouwen
Canisius ziekenhuis	3%	7%	56.200	1.421.068
Diaconessen Meppel	2%	6%	27.896	150.994
Eudokia	2%	3%	nb	nb
Willem Arntsz Huis	0%	5%	308.866	396.357
Rhijngest	2%	4%	nb	nb

Bron: Valk, 1951 (bewerkt)

De overheid reageerde op de ontstane kostenproblematiek rondom de bouw met verschillende maatregelen. Vanaf 1950 nam zij de extra relatieve stijging van de bouwkosten ten opzichte van de kosten voor levensonderhoud voor haar rekening. Dit kwam er op neer, dat de overheid

bijna de helft (3/7) van de stichtingskosten van een nieuwe instelling voor haar rekening nam (Groot, 1960), echter alleen voor zover instellingen dit niet vanuit hun eigen exploitatie konden financieren. Instellingen konden dus nooit geld overhouden aan de verleende overheidssteun. Het instellingsmanagement begroette deze regeling met veel reserves. Men was vooral bang dat de overheid zich rechtstreeks met de bouwplannen van de ziekenhuizen ging bemoeien. Bouwplannen met een (gedeeltelijke) financiering van de overheid werden namelijk vergunningsplichtig. Bovendien moest de instelling zelf nog een zogenoemd onrendabel deel financieren.

De toenemende overheidsbemoeienis rondom de bouwkundige infrastructuur was in de begroting van 1951 al duidelijk terug te vinden. Op een totaal uitgavenniveau van *f* 26 miljoen was *f* 0,32 miljoen gereserveerd voor de financiering van bouw en verbouw van instellingen. Bovendien stond de overheid garant voor rente en aflossingen tot een bedrag van *f* 40 miljoen (Valk, 1951).

Een andere overheidsmaatregel was bedoeld om collectieve middelen te genereren om de verwachte kostenstijgingen van de vervangings- en uitbreidingsinvesteringen op te vangen. Hiertoe werd een 'vernieuwingsfonds' gevormd. Dit fonds werd gevuld door een opslag op de verpleegtarieven. Deze opslag werd voor de helft in het fonds gestort (de andere helft was rechtstreeks bestemd voor de instellingen). Doordat ziekenhuizen en ziekenfondsen echter geen overeenstemming over verdere verhogingen van de bijdrage voor dit fonds konden bereiken, verminderde de materiële betekenis hiervan snel.

Een laatste maatregel van de overheid was de creatie van een scheidslijn tussen de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis en die van de medisch specialist/vrije beroepsbeoefenaar. In 1949 werd besloten dat het specialistentarief is gebaseerd op het feit dat de medisch specialist zelf de kosten draagt voor zijn spreekkamer - met al wat daarbij behoort - alsmede een zeer eenvoudig laboratorium. Ziekenhuizen zijn derhalve niet verantwoordelijk voor alle bouwkundige kosten. In de praktijk bleek het echter voor de ziekenhuizen vaak moeizaam om hierover afspraken met de specialisten te maken.

#### **Opname van kapitaallasten in nacalculatietarief**

De regelingen voor het vernieuwingsfonds en de rechtstreekse overheidssteun werden in 1958 weer afgeschaft. De integrale kosten van het benodigde kapitaal werden - in tegenstelling tot de meeste andere westerse landen - volledig opgenomen in de tarieven van de instellingen. De overheid garandeerde op bepaalde voorwaarden de rente en aflossingen van leningen aan zorginstellingen (Garantieregeling inrichtingen voor gezondheidszorg, 1958).

De contouren over hoe met de ‘kapitaallastenproblematiek’, die een gevolg was van stijgende bouwkosten en minder giften en schenkingen zou worden omgegaan, was in 1958 dus min of meer duidelijk geworden. Instellingen konden hun kapitaallasten (op basis van de werkelijke historische kosten) opnemen in het verpleegdagtarief en konden een beroep doen op borgstelling van de overheid als zij hiervoor vreemd vermogen aantrokken. De hogere kosten van vervanging werden zo naar de toekomst verschoven (Van Straaten, 1984). De mogelijkheid om individuele ziekenhuizen een normatief kapitaaltarief te laten berekenen waarbij men kon anticiperen op toekomstige uitgavenstijgingen, werd onwenselijk geacht. Men vond namelijk dat dit op gespannen voet stond met het beginsel van een efficiënte kostprijscalculatie, want: “Indien men de premie der vooruitgang aan de ziekenhuizen zelf laat toevallen en de inkomsten een basis vormen voor de handhaving van de relatieve positie van het afzonderlijke ziekenhuis, bestaat het gevaar, dat een andere doelstelling van het tarief, namelijk de grondslag voor het redelijk gevoerde beleid, doorkruist wordt. Kostprijscalculatie als basis voor efficiënt beheer vereist een exactheid, welke ten enenmale ontbreekt bij een kostenberekening welke de continuïteit van het bedrijf wil dienen. (...) Calculatie der vooruitgang in de tarieven kan zelfs ook de doelstelling van de prijsvorming namelijk kader voor efficiënt beheer frustreren, omdat het ziekenhuis in bezit komt van liquiditeiten, welke voor allerlei doelen aangewend kunnen worden, indien geen bijzondere maatregelen genomen worden” (Groot, 1960).

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

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

Men was derhalve vooral bang voor de praktische gevolgen van ‘overmatige liquiditeit’; geen integrale kapitaalslastentarieven dus in 1960.

De (lagere) overheden zagen er op toe, dat er doelmatig werd gebouwd en verstrekte de hiervoor benodigde vergunningen. Ze lieten zich hierbij vaak leiden door het belang dat een ziekenhuis had voor de lokale

samenleving. Financiering en de vergunningverlening waren strikt gescheiden, waardoor er in de jaren zestig een ware bouwexplosie kon ontstaan. Het aantal ziekenhuisbedden groeide van 58.000 in 1960 tot meer dan 72.000 in 1970 (Juffermans, 1982). Dit noopte de rijksoverheid om bij de totstandkoming van nieuwbouw verder te interveniëren dan men oorspronkelijk beoogde. De komst van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen was hiervan het resultaat.

De sterke groei van het beddenaantal leidde niet alleen tot meer ziekenhuizen, maar betekende ook schaalvergroting (tabel 2.2). Dit had uiteraard belangrijke gevolgen voor het benodigde kapitaal per instelling.

**Tabel 2.2 Aantal ziekenhuizen en beddenaantal**

	Instellingen	Bedden	Bedden/instellingen
1950	261	41.900	161
1955	268	51.000	190
1960	276	58.000	210
1965	268	65.300	244
1970	256	72.400	283

Bron: CBS

### **2.3 Van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen naar de Wet Toelating Zorginstellingen en de kapitaallastenbrief (1971-2005)**

#### **Planning van zorgvoorzieningen**

Het was de bedoeling van de WZV om op basis van een systeem van nationale capaciteitsplanning, vergunningen voor bouw te verlenen. Een nationaal plan stuitte echter al snel op grote uitvoeringsproblemen en bleek derhalve niet mogelijk. Daarom werd ingezet op regionale plannen per categorie zorginstellingen. De eerste acht jaar was de Wet Ziekenhuisvoorzieningen nog niet integraal van kracht en gold er een systeem van zogeheten planningsrichtlijnen. Een poging om de WZV vervolgens om te vormen tot integraal beleids- en planningssysteem over de drie bestuurslagen (WVG) mislukte opnieuw door de complexiteit van de voorstellen. De weerbarstige uitvoeringsproblematiek bleef als een rode draad door het beleid rondom de WZV lopen.

Het idee van een betere samenhang in de zorgvoorzieningen werd echter al snel gecombineerd met de 'roep om kostenbeheersing', die vanaf het begin van de jaren zeventig steeds meer opgeld deed. Hierbij had men aanmerkelijk meer succes. De WZV werd steeds meer gebruikt voor kostenbeheersing. De overheid stelde daartoe in 1984 een zogeheten bouwprioriteitenlijst in. Deze kende geen wettelijke basis, maar werd desalniettemin gebruikt om te zorgen dat de bouwuitgaven het daarvoor



gereserveerde kader niet te boven ging. De overheid stimuleerde actief fusievorming bij nieuwbouw.

### **Bouwbeleid in de jaren negentig**

In het bouwbeleid propageert de overheid vanaf het einde van de jaren tachtig deregulering en meer eigen verantwoordelijk van de instellingen. Inhoudelijk wil zij steeds meer ruimte geven aan kleinschalige voorzieningen waar mogelijk in de eigen woonomgeving van mensen. Dit geldt vooral de AWBZ. De formele start van de deregulering van de WZV was de komst van de meldingsregeling en de verkorte procedure in 1991. Voor het eerst hoefden de zorginstellingen niet meer voor alle bouwplannen een vergunning aan te vragen.

Structurele veranderingen in de wet- en regelgeving van de bouw bleven vervolgens lange tijd achterwege, mede doordat de marktwerkingsplannen van staatssecretaris Simons sneuvelden. De WZV werd daardoor pas in 1996 fors hervormd, middels een deregulering van de uitvoering. Instellingen werden binnen bepaalde voorwaarden zelf verantwoordelijk voor de instandhoudingsbouw. Hiervoor krijgen zij de beschikking over zogenoemde 'trekkingsrechten' (een toekomstige claim op het bouw-kader) voor de financiering van grootschalige instandhoudingsbouw. Kleinschalige instandhoudingsbouw werd normatief opgenomen in de budgetten. Investerings in apparatuur waren al veel eerder in de budgetteringssystematiek ondergebracht. Voor de kleinschalige instandhoudingsinvesteringen gold de meldingsplicht. Instellingen moeten een Langetermijnhuisvestingsplan maken, dat één keer per vijf jaar door het College Bouw wordt getoetst.

Het beleid liet zich primair leiden door een noodzakelijk geachte scheiding tussen die voorzieningen waarvan men vond dat ze niet aan de tucht van de markt konden worden overgelaten en voorzieningen waarbij dat wel kon. De hervormingen van de WZV waren bedoeld voor de laatste categorie. De Wet op de bijzondere medische verrichtingen (WBMV) trad in 1997 in werking en was bedoeld voor de eerste categorie. Deze wet regelde echter enkel het vergunningenstelsel voor de bijzondere medische verrichtingen (daarvoor een onderdeel van de WZV) en is tot dusver niet uitgegroeid tot een integrale wet voor alle voorzieningen die buiten de tucht van de markt dienen te blijven.

De overheid zette voor de stroomlijning van de WZV in op een geheel nieuwe wet (de Wet Exploitatietoestemming Zorginstellingen) die de vergunningensystematiek van de WZV combineert met de toelating van instellingen op grond van de Zfw en de AWBZ. De toelating wordt getoetst aan een ministerieel beleidskader (inclusief budgettaire consequenties) en eisen van bestuurlijke transparantie. Hiervoor worden specifieke beleidsregels ontwikkeld. In de AWBZ-sector richtten deze zich op

meer kleinschaligheid, het scheiden van wonen en zorg en meer privacy in de verpleeghuissector. In de curatieve zorg staan de spreiding van de acute zorg, de verschuiving naar extra- en transmurale zorg, een stakeholdersoverleg en een normatieve ruimtenorm in plaats van een bedden-norm alsmede een limiet aan het boekwaardeverlies bij nieuwbouw (boekwaardecriterium) op de agenda. De toestemmingsprocedures voor bouw worden eveneens vereenvoudigd.

De WEZ beleeft echter een moeizame periode in de diverse Kamerbehandelingen. Vele aanpassingen volgen, waarvan een andere naam de eenvoudigste is. Er komt nu elke vier jaar een beleidsvisie inclusief financieel kader voor de vergunningplichtige bouw, de wettelijke opdracht tot het maken van een regiovisie wordt ingetrokken, de overheid stelt bereikbaarheidsnormen op en mag bovendien een prioritering van bouwtoelatingen blijven hanteren, er komt een geleidelijke invoeringstermijn, een experimenteerartikel en het winstoogmerk wordt duidelijker geregeld. Voor dit alles waren er uiteindelijk vijf nota's van wijziging noodzakelijk. De Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) is daarom pas op 1 januari 2006 ingevoerd.

#### **Financiering in de jaren negentig**

De overheid schafte de rijksgaranties op eventuele nieuw aangegane leningen eind jaren tachtig af. In combinatie met de beoogde marktwerking van staatssecretaris Simons leidde dit echter tot onzekerheid bij zowel de financiers als de zorgaanbieders. Zo trokken de institutionele beleggers zoals de Bank Nederlandse Gemeenten zich grotendeels terug uit de zorgmarkt omdat de risico's hun statutaire bepalingen te boven gingen en namen de commerciële banken 'stelselclausules' op in hun contracten.

Deze ontwikkeling herbergde zekere risico's voor de financiering van de zorginstellingen die uiteindelijk pas werden gekeerd met de komst van een waarborgfonds inclusief achtervangfunctie door het Rijk (1999). Hierdoor werden financiële risico's beter gespreid en konden de deelnemende zorginstellingen goedkoper geld lenen. Ook de institutionele beleggers werden weer actief op de zorgmarkt.

Dit goedkoop lenen via geborgde leningen was aantrekkelijk geworden omdat de betaalde (korte) rentes na meer dan veertig jaar nacalculatie op basis van de werkelijke kosten, weer werden genormeerd. Dit gebeurt op basis van een opslag op de eenmaandse Euribor. Het gevolg was dat veel instellingen hun kortlopende schulden sterk opvoerden. Het langlopende krediet werd daarom met ingang van 2001 ook genormeerd en wel op basis van de IRS plus een opslag. Met ingang van 2005 is de verplichte verhouding tussen de korte en lange financiering (80/20) vervallen.

De overheid heeft tot 2004 nooit een inflatievergoeding op het eigen vermogen in de beleidsregels gecalculeerd. Het reële eigen vermogen bleef daardoor alleen in stand als de instelling de vermogensinflatie vanuit het budget bijfinancierden. In 2004 is aan deze situatie een einde gekomen.

Sinds een aantal jaren is de overheid bezig met de omslag van budget-financiering naar productfinanciering. De ziekenhuizen lopen hierbij voorop met de introductie van diagnose behandelcombinaties (DBC's). In de AWBZ werkt men momenteel aan een integrale prestatiebekostiging naar zorgzwaarte. Het is de bedoeling dat de vaste kosten, inclusief die voor de bouw uiteindelijk in deze productfinanciering worden opgenomen.

## **2.4 De kapitaallastenbrief (maart 2005)**

Op 8 maart heeft het Kabinet zijn beleid omtrent de toekomst van de financiering van de kapitaalbehoefte in de zorg uiteengezet (Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg). Dit was noodzakelijk omdat het liberaliseren van het stelsel van planningen en vergunningen en uiteindelijk de afschaffing van het bouwregime het noodzakelijk maakte dat de zorginstellingen meer risico over het benodigde kapitaal gaan lopen.

De kapitaallastenbrief van VWS streeft naar een volledige liberalisering van de bouw en een volledig prospectieve financiering van alle investeringen. De plannen zullen geleidelijk worden geïmplementeerd en uiterlijk in 2012 worden afgerond. Het gaat daarbij zowel om de bestaande vastgoedvoorraad als over nog te ontwikkelen projecten.

Omdat instellingen risico gaan lopen over al hun kapitaallasten, zullen investeringen veel meer door rendement worden gedreven. Instellingen krijgen enerzijds keuzevrijheid om wel of niet te investeren en moeten anderzijds zorgen dat de werkelijke kapitaallasten en financieringsverplichtingen worden gedekt uit de tarieven. Dit betekent een extra prikkel voor efficiency en klantgericht werken.

De zorginstellingen worden verantwoordelijk voor alle bezettingsverschillen, de financieringskosten van het kapitaal, voldoende rendement op de aanwending van het kapitaal, het managen van toekomstige veranderingen in de kapitaalsbehoefte en van de instellingspositie op de kapitaalmarkten, alsmede een meer marktgericht balansbeheer. Bij dit laatste aspect behoort ook het oplossen en beheersen van de zogenoemde 'boekwaardeproblematiek' - bezittingen staan tegen een te hoge waarde op de balans - en andere aan het huidige vastgoed gerelateerde problematiek.

Hiernaast is er ook sprake van stille reserves die meestal worden veroorzaakt doordat de terreinen op de balans tegen een te lage waarde gewaardeerd worden. Boekwaardeproblemen en stille reserves zijn niet evenredig over de instellingen verdeeld.

De zorginstellingen krijgen in de nieuwe situatie de beschikking over normatieve kapitaallasten componenten (nkc's). Dit betekent dat de huisvestingslasten inclusief een vergoeding op het geleverde kapitaal, normatief in de bekostiging worden opgenomen. Het betreft ongeveer twaalf procent van de totale uitgaven. Dit percentage kan echter behoorlijk verschillen tussen de sectoren en de individuele instellingen.

De nkc's zijn gereguleerde tarieven en derhalve worden ze niet per definitie gekoppeld aan de verdergaande liberalisering van de tarieven. Er is met andere woorden een knip gezet tussen de invoering van integrale tarieven en de vrije prijsvorming. Drie aspecten spelen hierbij een belangrijke rol. In de eerste plaats de hoogte van de nkc's. Deze wordt dusdanig vastgesteld dat er sprake is van een macrobudgettaire neutrale transitie. Het is niet helemaal duidelijk wat dit betekent voor de mogelijkheid van de instellingen om toekomstige investeringen op basis van de huidige vervangingswaardes te financieren. Dit hangt af van de omvang van het boekwaardeprobleem en de mate waarin kortere afschrijvingstermijnen al in de financiering zijn verdisconteerd.

In de tweede plaats geldt voor het bestaande vastgoed dat instellingen veelal andere bedragen gefinancierd krijgen dan de bedragen die via de nieuwe nkc's worden beoogd. Dit hangt bijvoorbeeld samen met de leeftijd en het ontwerp van de gebouwen. Er is dus sprake van reallocatieproblematiek. In een recent onderzoek van KPMG in de caresectoren werd duidelijk dat de kapitaallasten per instelling sterk verschillen. De spreiding in de kostprijzen verdubbeld als daarin ook de kapitaallasten worden meegenomen (Wilders, 2005).

Deze problematiek kan waarschijnlijk met een adequate vormgeving van de nkc's grotendeels worden opgelost. VWS heeft het CBZ en het CTG/Zaio gevraagd om deze problematiek uit te werken en hierover te adviseren. Bij de RIBW en de RIAGG's zijn de kapitaallasten al genormeerd. Ook voor andere kleinschalige woonvormen geldt een normatieve vergoeding van het kapitaal. In de ziekenhuizen wordt in het B-segment van de DBC's gewerkt met een uniforme opslag van 12,5% ter dekking van de kapitaallasten.

Ten slotte heeft de overheid er voor gekozen om de nkc's ter beschikking te stellen in de vorm van toeslagen op de productie. In de ziekenhuissector zijn dit de DBC's en in de intramurale care zal een integrale zorgzwaartebekostiging worden ingevoerd. Hierdoor ontstaat er een sterke

relatie tussen de bezettingsgraad en de uiteindelijke vergoeding voor het kapitaal. Het is een opmerkelijk voornemen. Immers, de zorgsector kent een bedrijfsmodel met hoge vaste kosten en een inzakkende productie kan het bedrijfsresultaat dus makkelijk onder druk zetten. Het omgekeerde doet zich uiteraard ook voor. Instellingen met een hoge productie, kunnen de opbrengsten daarvan grotendeels toevoegen aan het bedrijfsresultaat. Dit systeem zou tot een behoorlijke voladiteit in de bedrijfsresultaten kunnen leiden. Een alternatief zou zijn om een deel van de kapitaallastenvergoeding onafhankelijk van de bezetting te maken, bijvoorbeeld op basis van de beschikbaarheid. Op dit moment bestaan er op het punt van de bezetting ook grote verschillen tussen de sectoren. In de ouderenzorg is de bezettingsgraad vaak meer dan 95%. Als deze om wat voor reden dan ook terugloopt, kan de dekking van de kapitaallasten voor een individuele instelling onder druk komen.

Het Kabinet wil ook nog enkele mogelijkheden behouden om in de overgangperiode flankerend beleid te voeren. Dit is met name van belang voor zorginstellingen die in de problemen komen. Dit kan gebeuren door 'boekwaardeproblematiek', slecht management, onvoldoende competenties etc. Daarom blijft het saneringsinstrument voorlopig bestaan en voor instellingen die als gevolg van een te laag eigen vermogen niet bij het Waarborgfonds terecht kunnen, denkt men na over alternatieven zoals achtergestelde leningen.

## 3 De markten voor financiering van zorginstellingen

### 3.1 Veranderingen in de bronnen van kapitaal

#### Een financiële monocultuur?

De Nederlandse zorginstellingen financieren hun kapitaalbehoefte voor het overgrote deel met kort en langdurig vreemd vermogen dat zij aantrekken van banken. De Nederlandse zorginstellingen hebben momenteel naar schatting ruim boven de € 10 miljard aan langlopende leningen bij banken uitstaan<sup>1</sup>. Deze leningen werden aanvankelijk vooral geplaatst bij de commerciële banken, maar zijn sinds de introductie van het Waarborgfonds in toenemende mate ondergebracht bij de Bank Nederlandse Gemeenten en de Waterschapsbank. Deze beide banken beschikken dankzij hun gegarandeerde status namelijk over hogere (AAA) ratings dan de commerciële banken en kunnen kapitaal daardoor goedkoper aanbieden. Bovendien zijn deze instellingen statutair gebonden om een aanzienlijk deel van hun leningenportefeuille onder te brengen bij geborgde leningen met een laag risico. Onduidelijk is wat de gevolgen zijn van een hoger risicoprofiel voor de toegang van de zorgsector tot deze financiers.

De zorgsector wordt dus gefinancierd door banken en institutionele beleggers. Andere bronnen van kapitaal zoals de financiering vanuit het (rendement op) liquide middelen en beleggingen<sup>2</sup>, het bedrijfsresultaat, plaatsing van obligaties en filantropie<sup>3</sup> spelen een meer marginale rol en ook het plaatsen van eigen aandelenkapitaal komt niet voor. Wel zien we dat meer gebouwen worden geleased, maar het gaat dan vooral om kantoorachtige panden op goede locaties en dit betreft instellingen met een sterke extramurale focus, zoals thuiszorginstellingen en de extramurale geestelijke gezondheidszorg. Het overgrote deel van de medische technologie in de ziekenhuizen wordt niet geleased (Bartels en van Schaik, 2004).

Er is dus sprake van een ‘monocultuur’ in de financiering en dit wordt ook sterk gestimuleerd door de vigerende beleidsregels. Immers, in de financiering van instellingen wordt kapitaal grotendeels vergoed op basis van de aanname dat er sprake is van een lening<sup>4</sup>. Het overgrote deel van de instellingen kan op zijn leningen bovendien defacto enige rentewinst boeken op de normatieve rentevergoeding. Het prijsrisico van de renteontwikkelingen ligt feitelijk bij de overheid.

Deze ‘financiële monocultuur’ kan veranderen als gevolg van de implementatie van de beleidsvoornemens in de kapitaallastenbrief. Ook als er wordt voldaan aan de centrale randvoorwaarde van een voldoende sterke

balans zullen meer bronnen van kapitaal worden aangeboord dan de traditionele lening bij de bank. Internationale ervaringen laten zien dat er veelal meer diversiteit in de financieringsconstructies zal ontstaan. Marktwerking bij de verkrijging van het kapitaal kan tot een aanzienlijke hoeveelheid dynamiek leiden.

In de Verenigde Staten is de financieringsmix tussen 1997 en 2001 onder druk van slechtere financiële prestaties en enkele grote faillissementen in de ziekenhuissector sterk veranderd (tabel 3.1). De financiering van kapitaal vindt er plaats op basis van meerdere externe bronnen van kapitaal. De aantrekkelijkheid van tax-exempt bonds als bron van financiering hangt bijvoorbeeld af van de hoogte van de reële rentevergoeding in combinatie met de toegankelijkheid tot deze markt voor de zorginstelling. Deze toegankelijkheid is vooral voor ziekenhuizen goed te noemen<sup>5</sup>. De banken daarentegen hebben zich als gevolg van enkele faillissementen grotendeels teruggetrokken uit de financiering van ziekenhuisleningen.

**Tabel 3.1 Veranderingen in bronnen van extern kapitaal in Amerikaanse ziekenhuizen**

	1997	2001
Tax-exempt bonds	39%	54%
Bancaire financiering	36%	7%
Filantropie	5%	10%
Lease constructies	7%	16%
Kapitaalmarkten / equity / taxable bonds	14%	13%

Bron: Health Care Financial Management Association, 2003

Goede data ontbreken, maar onder druk van een moeilijkere markt voor extern kapitaal, zijn instellingen steeds meer overgegaan tot interne financiering. In een recente enquête gaf 81% (61%) van de CFO's aan, dat ze voor minstens 25% (50%) van hun investeringsbehoefte van interne bronnen afhankelijk waren (HMFA, 2004c). Dit heeft weer tot gevolg dat het instellingsmanagement veel meer op acceptabele operationele marges zal moeten sturen omdat er anders domweg geen interne middelen worden gecreëerd. Bijkomend voordeel is dat dit ook een sterk positief effect op de toegang tot extern kapitaal heeft. Cijfers uit de Verenigde Staten duiden er op dat de operationele marge boven de vijf procent moet liggen om gemakkelijk toegang tot bancaire financiering te krijgen (HMFA, 2003).

Hiernaast zijn de balansen door de verkoop van vastgoed (kantoren, ambulante voorzieningen, grond e.d.) 'verkort' waardoor er geld is vrij gespeeld voor andere investeringen. De activiteiten van *Real Estate Investment Trusts* (REIT's) zijn dan ook sterk toegenomen (HFMA,

2003). Deze beleggingsinstellingen verhuren specifiek vastgoed aan zorginstellingen, vaak voor een langere termijn. Indien ze meer dan negentig procent van de jaarlijkse opbrengsten aan de aandeelhouders uitkeren vallen ze onder een gunstig fiscaal regime<sup>6</sup>. Ook bij investeringen in apparatuur vormen leaseconstructies een steeds belangrijkere financieringsbron. Het risico op technologische veroudering voorzover niet voorzien in de leaseprijs, wordt daarmee verschoven naar de financier.

Een andere potentieel belangrijke stroom van intern kapitaal kan ontstaan uit beter management van het werkkapitaal. Dit is nu bij veel instellingen een kostenpost waar de inkomsten vaak pas geruime tijd volgen nadat de kosten zijn gemaakt. Hier is dus nog veel winst te boeken. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de Engelse supermarktketens Tesco en Asda die hun leveranciers pas geruime tijd betalen nadat de klanten de betreffende producten gekocht hebben. Hierdoor realiseren zij voor miljarden extra aan kapitaal (Financial Times, 8 december 2005).

#### **De relatie tussen de bronnen van kapitaal en het zorgproces**

De zorgsector is continue in verandering. Ontwikkelingen in de technologie en op de zorgmarkt leiden ook tot een andere bestemming van kapitaal. De wijze waarop het kapitaal wordt gefinancierd heeft ook te maken met de levenscyclus van de specifieke zorgvoorzieningen. Hierbij kan een onderscheid worden gemaakt tussen startende organisaties, groeiende bedrijfstukken, volwassen bedrijfstukken en krimpende bedrijfstukken. Bij elke fase van de levenscyclus horen andere vormen van vermogensverrijking. Zo wordt kapitaal van relatief jonge zorgvoorzieningen op een andere manier gefinancierd dan van al lang bestaande voorzieningen. We kunnen hierbij denken aan de verschillen die er op dit terrein bestaan tussen privé-klinieken en thomashuizen enerzijds en ziekenhuizen anderzijds. Een gestileerd overzicht van de relatie tussen de wijze van financieren en de fase in de industriële levenscyclus staat in tabel 3.2.



**Tabel 3.2 Vraag en aanbod van kapitaal in de levenscyclus van de health services industry life cycle**

	Emerging industries	Growth industries	Mature industries	Declining industries
Investment opportunity	positive	very strong	positive	none
Retained earnings	negative	positive	strong	positive
Demand external capital	strong	strong	none	negative
Finance: for-profit	Venture capital; conglomerate diversification	IPO; convertible bonds; conglomerate diversification	Earnings; secondary offerings (stock/bonds)	Earnings; asset-based debt; leveraged buy-out
Finance: non-profit	Philanthropy; grants; organizational diversification	Tax-exempt earnings; organizational diversification	Tax-exempt earnings; tax-exempt bonds	Tax-exempt earnings; tax-exempt bonds
Industry sectors	speciality firms; ASC's; internet	home health, nursing homes, mental health, ASC's	disability care, hospitals	Large general hospitals? residential care homes

Bron: Robinson, 2000 (bewerkt)

Dit maakt duidelijk dat het Nederlands instellingsmanagement meer moet doen dan enkel het verstevigen van de eigen financiële positie en het verminderen van eventueel risico in de bedrijfsvoering. Men zal ook actief en creatief op zoek moeten naar de beste mix van financiering en niet meer op de 'automatische piloot' naar de dichtstbijzijnde bank moeten hollen. Tegelijkertijd wordt uit tabel 3.1 duidelijk dat het volledig vertrouwen op bancaire financiering, risico's voor het publieke belang herbergt als deze zich om de een of andere reden uit de zorgmarkt terugtrekken.

#### **Stimuleren van alternatieve bronnen van kapitaal**

De zorginstellingen zijn zelf verantwoordelijk voor het aantrekken van voldoende kapitaal. De investeringsautonomie van instellingen neemt toe als zij toegang hebben tot meerdere bronnen van kapitaal. Op de vaardigheden en competenties die daarbij horen komen we later in deze achtergrondstudie nog terug. De rol van de overheid daarbij is beperkt, hoewel zij in een enkel geval wel een faciliterende functie kan vervullen. Een goed voorbeeld hiervan vormt het creëren van een markt voor de uitgifte van instellingsobligaties.

In ons land ontbreekt een ontwikkelde markt van obligatiefinanciering door zorginstellingen. In de Verenigde Staten vormen *tax-exempt bonds*,

na interne financiering de belangrijkste financieringsbron voor de investeringen. Deze zouden ook in ons land een belangrijke stimulans kunnen krijgen als aan maatschappelijke ondernemers de kans wordt geboden om obligaties te plaatsen onder hetzelfde fiscale regime als investeringen in 'groene' producten. Beleggers krijgen dan tot 2,5% extra rendement op een investering in een obligatie van een zorginstelling. In een recent rapport over maatschappelijk ondernemerschap van het wetenschappelijk bureau van het CDA was dit een belangrijke aanbeveling. Het grote voordeel is dat zorginstellingen de kans krijgen om op aantrekkelijke voorwaarden kapitaal rechtstreeks uit de financiële markten op te halen.

### **3.2 De toegang tot kapitaal**

#### **Meer differentiatie in de toegang tot kapitaal**

In ons land heeft elke instelling min of meer dezelfde toegang tot kapitaal. De oorzaak daarvan ligt in de beleidsregels voor de financiering van investeringen en het bouwregime. Hiernaast staat het College Sanering klaar om de continuïteit van de instelling te waarborgen als deze zijn toegang tot kapitaal in gevaar gebracht heeft, bijvoorbeeld door een slechte financiële bedrijfsvoering. Dit gaat in de regel gepaard met een financiële herstructurering waaraan de instelling ook zelf een bijdrage moet leveren.

Het feit dat instellingen zelf verantwoordelijk worden voor hun groot-schalige investeringen zal ertoe leiden dat de vraag naar de mate van toegang tot kapitaal belangrijker wordt, maar dat de toegang tot kapitaal ook meer zal gaan verschillen tussen de instellingen. De toegang tot extern kapitaal kan tot op zekere hoogte door het (financiële) management worden beïnvloedt, maar hangt ook af van externe omstandigheden zoals de locatie, de staat van de gebouwen en de mate van regionale concurrentie. De algemene verwachting dat de verschillen in de kosten van en de toegang tot kapitaal tussen de instellingen sterk zullen toenemen, lijkt zeker gerechtvaardigd (HMFA, 2004c).

#### **Wat bepaald de toegang tot kapitaal?**

De toegang tot de kapitaalmarkten van de zorginstellingen worden door verschillende financiële indicatoren beïnvloed. Belangrijk zijn bijvoorbeeld de solvabiliteit, de operationele marge, het (uitzicht op) winstgevendende omzetgroei, een stabiel trackrecord, de beheersing van het werkkapitaal, voldoende liquiditeit om te voldoen aan de aflossingsverplichtingen en een positief investeringsrendement. Afhankelijk van scores op dit soort indicatoren kan de financiële positie van een instelling worden bepaald. Dit gebeurt door rating agencies zoals bijvoorbeeld Standard and Poor's of Moody's. De hoogste rating is de AAA en leidt tot de

meest gunstige voorwaarden in de kapitaalsverrijking<sup>7</sup> en derhalve een lage *weighted average cost of capital* (WACC). De verschillen in ratings tussen de belangrijkste Amerikaanse commerciële zorgketens zijn aanzienlijk (bijlage 3).

Een van de meer opvallende aspecten in de zorgsector is dat instellingen ook in meer geliberaliseerde markten zelden in het geheel geen toegang hebben tot kapitaal. Dit heeft met name te maken met de lage risicoperceptie ten aanzien van een mogelijk faillissement. De financiële markten gaan er met andere woorden vanuit dat de maatschappij ervoor zorgt dat hun geïnvesteerd vermogen uiteindelijk niet zal verdwijnen. Wel gelden er slechtere voorwaarden en beperktere opties voor instellingen met financieel slechtere posities. Indien de marktomstandigheden moeilijker worden kan dit proces in een stroomversnelling komen en instellingen met een slechtere financiële positie hebben daarvan meer hinder en komen eerder in de problemen.

De toegang tot voldoende kapitaal wordt ook bepaald door de (relatieve) prijsontwikkelingen op de kapitaalmarkten. Momenteel zijn de reële rentes bijvoorbeeld al enkele jaren erg laag en is vreemd kapitaal, met name als dit bancair wordt gefinancierd dus relatief goedkoop. Dit zal echter waarschijnlijk niet eeuwig duren. Behalve dat instellingen dan een hogere vergoeding over hun leningen moeten vergoeden, zullen dan ook de eisen aan de financieringsmix veranderen (minder vreemd vermogen).

In de huidige omgeving hebben de 'hardere' financiële indicatoren ondanks de vele wettelijke borgingsmechanismen, nog altijd een zekere relevantie voor de financiers. Dit is veel minder het geval met een aantal 'zachtere' voorwaarden. We kunnen bij 'zachtere' voorwaarden denken aan inzicht in hoe het kapitaal bijdraagt aan de strategie van de instelling. In aansluiting op een gezonde strategie die (meestal) voortbouwt op de core-business en de bestaande sterke punten van een instelling kan er ook worden gekeken naar het management en zijn bestuurlijke omgeving. We kunnen denken aan de governance structuur en aan de relatie met de medische professionals.

Het is ook belangrijk of het management financiële doelstellingen expliciet maakt en zich daaraan committeert. Het streven naar een positief resultaat alleen is niet daarbij voldoende. Men moet normen stellen voor de vermogens- en schuldpositie, de ROI en het (meerjaren) uitgavenniveau. De huidige praktijk is echter dat er vooral wordt gestuurd op de budgettaire inpasbaarheid van de uitgaven. Het is onduidelijk hoeveel instellingen een plan hebben voor hun vermogensniveau alsmede de weg daar naartoe. Hoewel er inmiddels beslissingsstructuren over de aan te gane investeringen bestaan, speelt het (financiële) rendement hierbij nog steeds een beperkte rol.

### **Toegang tot kapitaal voor zorginstellingen in de Verenigde Staten**

De bedoeling van de kapitaallastenbrief is om ook op dit vlak meer marktwerking te introduceren. Het is daarom interessant om ook een kort uitstapje te maken naar de toegang tot kapitaal in een land waar de markt een veel grotere (maar ook geen exclusieve) rol speelt. Het blijkt dat in de Verenigde Staten niet alleen een marktgerichte bedrijfsvoering van belang is, maar ook de regelgeving van de overheid.

In de Verenigde Staten hebben middelgrote (100 – 400 bedden) non-profit ziekenhuizen in landelijke gebieden (met de facto monopolieposities) momenteel de beste toegang tot kapitaal. Opvallend is de relatief slechte toegang tot kapitaal van for-profit ziekenhuizen (HMFA, 2003). Het aantal ziekenhuizen met een *downgrade* door een *rating agency* is de laatste jaren behoorlijk toegenomen<sup>8</sup>. De toegang tot kapitaal is dus verslechterd voor de zorgsector als geheel.

De overheden spelen een belangrijke rol bij de toegang tot kapitaal. Staten hebben vaak specifieke regelgeving die zorginstellingen en specifieke zorgvoorzieningen binden aan een vergunning (*certificate-of-need programs*). Dit is in de regel in het voordeel van de bestaande zorgaanbieders omdat het belemmeringen voor potentiële concurrenten opwerpt. Een andere belangrijke regeling is die van de vergoeding voor zorg voor de lagere inkomens (*Medicaid*). Staten die hiervoor relatief aantrekkelijke (lees kostendekkende) tarieven hanteren bevorderen daarmee ook de financiële positie van de instellingen.

Andere indicatoren die correleren met de toegang tot kapitaal hangen samen met zaken die door het instellingsmanagement te beïnvloeden. De belangrijkste zijn al eerder genoemd zoals de bezettingsgraad van het kapitaal (bedbezetting, OK-benutting), de productiemix (acute versus subacute zorg), de efficiency (gemiddelde opnameduur, kosten per behandeling), de operationele marge (positief of negatief) en de soort van debiteuren (onverzekerden, regionale en landelijke verzekeraars).

Ondanks de verschillen in toegang tot kapitaal, blijft de overgrote meerderheid van de Amerikaanse ziekenhuizen in staat om nieuwe noodzakelijke investeringen te doen. De hogere risico's kunnen namelijk veelal worden afgedekt door hogere tarieven en bankgaranties. Er wordt gewerkt met allerlei vormen van *credit enhancement* (het verzekeren of borgen van de schuld van de instelling). De federale overheid hanteert een borgingsinstrumentarium via het zogenaamde FHA *mortgage insurance program*.

Hiernaast spelen ook veel 'zachtere' indicatoren een rol. Zo wordt de kans op faillissement in de zorgsector veelal lager ingeschat dan op basis van balans en resultatenrekening voor de hand zou liggen. Dit betekent

tegelijktijd dat de kans op een ‘redding’ door de overheid of andere partij relatief hoog wordt ingeschat. Bijna de helft van de instellingen (49%) met een negatieve operationele marge slaagde er in de VS in om tussen 1997 en 2001 toch een hoger investeringsniveau te behalen dan de afschrijvingen en zo kapitaal te accumuleren (HMFA, 2004a).

### **Toegang tot kapitaal in de Nederlandse situatie**

Wat kunnen we op basis van het bovenstaande nu zeggen over de toegang tot kapitaal voor het Nederlandse instellingsmanagement? Deze is in de huidige situatie goed te noemen. Tegenover een goedgekeurde investering in vastgoed staan tot nu toe ook gegarandeerde kapitaallasten. Het College Sanering staat klaar om de zaak overeind te houden bij eventuele financiële problemen die zich desondanks kunnen voordoen. Tot slot worden veel financieringen door garanties gedekt. Het Waarborgfonds zorgsector is daarin de centrale partij.

Het Wfz is de enige partij die over de volle breedte van de gezondheidszorg kwantitatieve indicatoren openbaar maakt die van belang zijn voor de (potentiële) toegang tot kapitaal (Wfz, 2005; 2003; 2001). Deelname aan het Waarborgfonds wordt ook steeds meer gezien als het kwaliteitskeurmerk voor goed financieel management van zorginstellingen. De belangrijkste conclusies die we aan deze gegevens kunnen verbinden zijn dat de financiële prestaties van instellingen zijn verbeterd terwijl tegelijkertijd de onderlinge verschillen toenemen. Er is een groep achterblijvers, die met de nodige voorzichtigheid kan worden ingeschat op maximaal een kwart van de zorginstellingen.

Het Waarborgfonds is genoodzaakt om steeds meer aanvragen af te wijzen. Dit is overigens voor een deel een statistisch effect dat te maken heeft met het feit dat de ‘betere’ instellingen het eerst zijn toegelaten. Desalniettemin voldoet een significant deel van de zorginstellingen niet aan de (in vergelijking met de nieuwe situatie van geliberaliseerde kapitaallasten) milde criteria van het Waarborgfonds. In de afgelopen vijf jaar zijn 78 (28,8%) van de 271 aanvragen afgewezen. Momenteel ligt het afwijzingspercentage op bijna 50%. Tekortkomingen in het sturings- en beheersingsinstrumentarium (het interne management) en onvoldoende financiële vermogens worden als de belangrijkste redenen aangegeven (Wfz, 2005).

Het huidige afwijzingspercentage staat voor een significante groep instellingen omdat veel instellingen geen deelnemer zijn. Momenteel is veertig procent van de zorginstellingen aangesloten bij het Waarborgfonds (tabel 3.3). We mogen dus verwachten dat een significant deel van de instellingen momenteel niet voldoet aan de criteria van het fonds. Deze criteria zullen als gevolg van de beleidsvoornemens uit de ‘kapitaallastenbrief’ worden aangescherpt. Een hele voorzichtige indicatie duidt erop dat op

dit moment ongeveer een kwart van het instellingsmanagement hierop nog onvoldoende is voorbereid<sup>9</sup>. Gemeten in omzet is dit percentage overigens veel lager omdat het met name om kleinere instellingen gaat.

**Tabel 3.3 Deelname Wfz per instellingscategorie**

ultimo	2000	2002	2004
Ziekenhuizen	26,6%	58,9%	69%
Revalidatie			52%
Radiotherapie			100%
Verpleeghuizen	13,3%	32%	48%
Psychiatrie	11,7%	27,4%	45%
Gehandicapten	19,7%	40,4%	55%
GVT/KDV/DVO	17,3%	25,9%	30%
Verzorgingshuizen		20,1%	41%
Totaal	17,1%	27,5%	40%

Bron: Wfz 2005, 2003, 2001

Kijken we enkel naar de deelnemende instellingen aan het fonds dan zien we een toenemende divergentie tussen zorginstellingen met een hoog weerstandsvermogen en met een lager weerstandsvermogen. De instellingen met een hoog vermogen hebben vaak een beperkte omvang. Het gemiddelde weerstandsvermogen neemt toe, maar dat geldt ook voor het aantal deelnemers met een kleiner vermogen (tabel 3.4). Dit ondersteunt de eerdere stelling dat er een significante groep achterblijvers bestaat. Deze zullen op dit moment nog moeite hebben zich in staande te houden in een situatie van geliberaliseerde kapitaallasten.

**Tabel 3.4 Indeling deelnemers naar weerstandsvermogen per ultimo 2002 en 2003**

	2002	2003
< 0%	0,4%	0,4%
0 – 5%	4,3%	5,2%
5- 10%	45,5%	36,5%
10 – 15%	29,6%	31,7%
15 – 20%	12,0%	13,7%
20 – 25%	2,6%	4,8%
25 – 30%	2,1%	2,6%
> 30%	3,4%	5,2%

Bron: Wfz 2005

In de nieuwe situatie kan het Waarborgfonds twee functies vervullen. Op de eerste plaats blijft het prijsvoordeel door de herverzekering via het fonds aantrekkelijk voor veel instellingen. Er is echter nog een ander voordeel. Dit geldt eventuele implementatierisico's van de beleidsvoornemens. Zo zijn in de standaardcontracten van de geborgde instellingen met de banken geen stelselwijzigingsclausules opgenomen. Het gevolg is

dat banken ook geen gebruik kunnen maken van deze opeisingsclausules als gevolg van nieuwe politieke en beleidsmatige besluiten.

### 3.3 Financiering van kapitaallasten

#### **Amerikaanse ervaringen met normatieve financiering van de kapitaallasten**

De Nederlandse plannen zijn redelijk uniek te noemen. Er zijn weinig internationale voorbeelden waarbij men de kapitaallasten normatief in de tarieven onderbrengt. Het is gebruikelijker dat deze kosten ten laste van belastingmiddelen worden gebracht of dat er nacalculatie plaatsvindt. In het private deel van de markt is het wel gebruikelijk dat deze kosten in de tarieven zijn opgenomen. De Verenigde Staten heeft in het begin van de jaren negentig, als een van de weinige landen, normatieve kapitaallasten voor het *medicare*-programma ingevoerd. Dit programma dekt ongeveer veertig procent van alle ziekenhuisuitgaven.

In de jaren tachtig werden de nieuwbouwinvesteringen van Amerikaanse ziekenhuizen vanuit *medicare* gefinancierd op basis van *pass-through* oftewel een soort van nacalculatie. Dit veranderde echter drastisch in 1992 toen er een vast tarief per ontslagen patiënt werd ingecalculeerd voor de dekking van de kapitaallasten. Hiermee verdween het nacalculatiekarakter en was er een normatief tarief voor de kapitaalscomponent.

De ziekenhuizen die net hadden nieuw gebouwd kwamen in een aantal gevallen in de problemen omdat er nauwelijks sprake was van een overgangsregime. In de jaren hierna investeerden ziekenhuizen relatief weinig en werden kapitaalsmiddelen soms ook aangewend voor de lopende exploitatie. We kunnen dit mede plaatsen tegen de achtergrond dat veel instellingen toch al kampen met (wat zij zien als) de structureel niet kostendeckende tarieven van de Amerikaanse overheid (*medicaid* en *medicare*) en de moeilijke *reimbursement* mogelijkheden voor patiënten zonder verzekering. Kapitaaluitgaven blijken extra kwetsbaar te zijn bij budgettaire tegenwind:

*'Because capital payments are embedded in DRG's, hospitals' ability to fund capital rests heavily on those payments. When Medicare payments don't keep up with hospital costs, capital projects are often squeezed. Hospitals must meet rising payroll and supply costs to maintain day-to-day operations'* (HMFA, 2004c).

Er is echter weinig bewijs dat de dalende kapitaaluitgaven moeten worden gezien als een bewijs voor een 'investeringsstap'. De daling verliep daarvoor te geleidelijk en er waren andere omstandigheden waardoor een lager investeringsniveau niet onlogisch was. De belangrijkste daarvan was de aanzienlijke overcapaciteit op de ziekenhuismarkt en in die zin kan er

zelfs gesteld worden dat instellingen betere investeringskeuzes zijn gaan maken (HFMA, 2003). Bovendien hamerden *managed care* organisaties op een kortere opnameduur en meer kapitaalsextensieve dagbehandelingen en poliklinische verrichtingen. Dit alles had een neerwaartse invloed op het totale investeringsniveau. Deze situatie is momenteel gekeerd omdat de snelgroeivende voorsteden de bouw van extra zorgvoorzieningen noodzakelijk maakt.

Wij trekken de conclusie dat de normatieve financiering van kapitaallasten weinig structurele problemen heeft opgeleverd. Het heeft bovendien waarschijnlijk een bijdrage geleverd aan de afbouw van de aanwezige overcapaciteit in de markt. Wel zijn kapitaaluitgaven vaak kwetsbaar voor bezuinigingen bij financiële tegenwind. Het omgekeerde doet zich echter ook voor en deze 'wetmatigheid' is zowel in het bedrijfsleven als bij de overheid geen ongewone situatie.

#### **Financiering met belastingmiddelen of premiegelden**

In veel landen wordt de gezondheidszorg voor een deel gefinancierd vanuit de algemene belastingmiddelen. Dit is vooral relevant als het gaat om investeringen en bouw en heeft een lange traditie (Rorem, 1930). Een goed voorbeeld vormen de Duitse Länder die een groot (hoewel steeds meer afnemend) deel van de investeringen in de ziekenhuizen financieren. De logica van deze publieke financiering van de kapitaallasten schuilt in de overname van kosten die van oudsher vanuit charitatieve middelen en met publieke ad-hoc financiering werden opgebracht. Omdat de lokale overheden soms ook de eigenaar van de zorginstelling zijn, zijn zij bovendien wettelijk verantwoordelijk voor de financiering van eventuele exploitatiekortingen. Ook hier blijkt overigens dat de publieke kapitaalsuitgaven nogal eens onder druk komen te staan als gevolg van problemen op de lopende begroting. Dit is de drijvende kracht achter de huidige privatiseringsgolf onder de Duitse ziekenhuizen.

De situatie in ons land is opvallend anders. Nagenoeg alle uitgaven worden rechtstreeks vanuit de premiemiddelen gefinancierd. Dit heeft het grote voordeel dat de omvang van de kapitaallasten niet in directe zin is gekoppeld aan de budgettaire situatie van het moment. De zorgverzekeraars financieren de kosten van de gebouwen en hebben daardoor ook een zeker belang bij een efficiënt gebruik van kapitaal. In de huidige situatie lopen de zorgverzekeraars via de verzekeraarsbudgettering nog weinig risico over deze kosten. Om in de nieuwe situatie invulling te geven aan hun counter vailing power functie, dienen de zorgverzekeraars meer risico te gaan lopen over de kapitaallasten.

Een ander typisch kenmerk van de Nederlandse gezondheidszorg is de nagenoeg totale afwezigheid van publieke of commerciële zorginstellingen. Onze gezondheidszorg wordt gedomineerd door stichtingen



(non-profit instellingen). De centrale overheid heeft een rol bij allerlei randvoorwaardelijke zaken. Lagere overheden zijn geen eigenaar van zorginstellingen en dus ook niet rechtstreeks verantwoordelijk voor de noodzakelijke investeringen of ontstane tekorten.

Het is denkbaar dat gemeenten en provincies door een aantal beleidsveranderingen (kapitaallastenbrief, WMO) meer bij de zorg betrokken zullen raken. We kunnen daarbij bijvoorbeeld denken aan het zekerstellen van lokale zorgvoorzieningen voor de eigen bewoners. Zorginstellingen behoren immers tot de grootste werkgevers in de gemeente. Op het terrein van de maatschappelijke ondersteuning is in een centrale rol voor de gemeenten voorzien, waardoor hun bemoeienis met de thuiszorg zal toenemen. Het is echter niet reëel om te veronderstellen dat gemeenten om deze redenen ook de exploitatie van zorginstellingen gaan overnemen. Ze beschikken wel over enkele bestuurlijke instrumenten die kunnen helpen om grootschalige investeringen rendabel te maken. We kunnen bijvoorbeeld denken aan de bestemmingsplannen, de verlening van parkeervergunningen en de lokale heffingen. Gemeenten kunnen ook rechtstreeks steun aan verlenen middels garantiestellingen en financiering van bedrijfseconomisch onrendabele delen van een investering.

#### **Normatieve kapitaallastentarieven en financiële problemen**

Instellingen zullen als gevolg van de normatieve kapitaallastentarieven zelf aanzienlijke reserves gaan opbouwen. Er zou zich daarom de situatie kunnen voordoen dat een instelling een groot eigen vermogen heeft gevormd, maar tegelijkertijd exploitatieproblemen kent. De vraag die dan ook nog open staat is hoe dit zich verhoudt met een eventueel saneringsinstrument.

Indien er financiële problemen ontstaan is er momenteel een vangnetprocedure via het College Sanering. Deze kan in overleg met het CTG besluiten om de tarieven tijdelijk te verhogen en de instelling zo de kans te geven om zijn problemen op te lossen. Deze kosten komen ten laste van de premiebetalers en het regionale ziekenfonds. Het eigen vermogen en de reserves zijn nu nog beperkt en spelen dan ook maar een beperkte rol in een eventuele saneringsprocedure. Dit zal echter gaan veranderen als er wordt gewerkt met een normatief kapitaallastentarief. Dan zal er in een eventuele sanering bekeken moeten worden of en hoeveel de instelling ook zelf zal moeten bijdragen vanuit de gevormde reserves voor kapitaalsinvesteringen en hoeveel het collectief bijdraagt.

### 3.4 Normen voor kapitaallasten

De kapitaallastenbrief geeft de overheid een belangrijke rol bij het bepalen van de hoogte van de normatieve tarieven. De instellingen zijn echter verantwoordelijk voor de hoogte van uiteindelijke kapitaaluitgaven. Er vindt dus een ont koppeling plaats tussen de macrokaders en de uitgaven op het microniveau. Hieruit vloeien een tweetal vragen voort, namelijk die naar een norm voor de normatieve kapitaallasten tarieven (macroniveau) en die naar normen voor de daadwerkelijke kapitaaluitgaven (microniveau).

#### **Bepaling van de behoefte aan kapitaal op macroniveau**

De overheid is de eerst aangewezen om te monitoren hoe de behoefte aan kapitaal zich ontwikkelt en of en hoe de normatieve kapitaallastencomponenten hierop dienen te worden aangepast. Deze normen en de gerelateerde gegevens kunnen ook worden gebruikt als een nationale benchmark waar het instellingsmanagement zich aan kan spiegelen.

Het is wenselijk om bij de definitieve bepaling van de normatieve kapitaallasten niet alleen te kijken naar de budgettaire inpasbaarheid. De vraag naar kapitaal volgt namelijk ook zijn eigen dynamiek. Belangrijke determinanten van de toekomstige behoefte aan kapitaal zijn de staat en de leeftijd van de infrastructuur, de groei van de (oudere) bevolking, epidemiologische en volksgezondheidstrends, de investeringsvraag van artsen en de historische investeringen. Bijlage 1 bevat een uitgewerkt overzicht van de determinanten van de toekomstige behoefte aan kapitaal. Op basis hiervan kunnen er normen voor de mate van positieve of negatieve kapitaalaccumulatie<sup>10</sup> worden ontwikkeld. Men kan de nkc's dus enten op een toe- of juist op een afname van de kapitaalintensiteit in de zorgsector.

Een andere manier om te kijken naar een wenselijk niveau van de kapitaaluitgaven vormen de historische trends en uitgaven. In de Verenigde Staten zijn de kapitaalinvesteringen, nadat Medicare in 1992 startte met (lagere) normatieve kapitaallastencomponenten gedaald. Zo groeide de kapitaaluitgaven tussen 1997 en 2001, overigens mede als gevolg van de terughoudendheid van managed care organisaties, nog maar met 1%, terwijl de patiëntenvolumes met 7,7% (intramuraal) en 19,6% (extramuraal) toenamen (HMFA, 2004a)<sup>11</sup>. Ook zijn er aanzienlijke verschillen in het niveau van de kapitaaluitgaven (per bed) tussen instellingen met een goede (\$ 245.000) en een slechte (\$ 216.000) toegang tot kapitaal. Naast de algemene financiële situatie wordt de toegang tot kapitaal en investeringen ook beïnvloed door de professionaliteit van het proces van de kapitaallastenplanning. Dit draagt bij aan het in balans houden van de needs en desires op het terrein van de investeringen.

Tabel 3.5 maakt duidelijk dat de normatieve kapitaallasten in het medicare programma geen trendbreuk met het verdere verleden vormden. De bouwkosten vertonen namelijk al een dalende trend sinds het midden van de jaren zestig. De redenen daarvan liggen in een mindere behoefte aan extra ziekenhuizen als gevolg van demografische en technologische trends. Overigens worden deze kosten deels vertekend door een veelal hogere rentestand dan momenteel het geval is.

Eenzelfde proces van dalende kapitaaluitgaven heeft zich in Duitsland voorgedaan waar de kapitaaluitgaven van de ziekenfondsen daalden van 27% in 1972 tot niet meer dan 7,5% in 2001 (Bruckenberger, 2001). In ons land zijn de totale kosten van afschrijvingen en interest eveneens gedaald. In de ziekenhuizen lag dit percentage in 1971 nog op 16%. Dit daalde tot achtereenvolgens 14% in 1980 en 10% in 2004 (NZI, 1971, 1981; Prismant 2005).

**Tabel 3.5 Bouwkosten VS als percentage van de totale zorg (1960 – 2001)**

1960	10,0%	
1965	13,5%	Start <i>Medicare</i> en FHA-program <i>insurance health mortgages</i> (1968)
1972	12,0%	Eerste prijsmaatregelen
1975	9,8%	Einde <i>Hill-Burton Act</i>
1983	6,8%	Start <i>prospective-payment-system</i> (drg's)
1993	4,9%	Start <i>prospective-payment-system for capital expenditure</i>
2001	4,0%	

Bron: HMFA, 2004a

#### **Bepaling van de behoefte aan kapitaal op microniveau**

De uitkomsten van de normen op macroniveau zullen ook hun invloed hebben op de uiteindelijke uitgaven van de instellingen. Instellingen zullen deze normen naar verwachting laten doorwerken binnen hun eigen budgettaire kaders. Desalniettemin heeft de instelling de vrijheid om af te wijken van deze normen. De praktische mogelijkheid daartoe hangt mede af van de rentabiliteit van de investering en de substitutie tussen verschillende categorieën voor kapitaaluitgaven. Bij dit laatste aspect is vooral de mogelijkheid om de nkc's ook in te zetten voor investeringen in ICT en apparatuur van belang.

Er zijn een aantal belangrijke categorieën voor de kapitaaluitgaven. Op de eerste plaats zijn dat de uitgaven voor nieuwbouw en instandhoudingsbouw. Nieuwbouw was van oudsher de belangrijkste uitgavenpost, maar deze is afgenomen doordat de behoefte aan uitbreidingsbouw door allerlei omstandigheden sterk verminderd is<sup>12</sup>. Er is wel meer aandacht ontstaan voor allerlei moderniseringsprojecten binnen de zorgvoorziening zoals de uitbreiding van de OK, EHBO, éénpersoonskamers en dagbehandelingsfaciliteiten.

Apparatuur en inventaris vormen een tweede belangrijke uitgavencategorie, vooral in de ziekenhuizen. Door de ontwikkeling van de medische technologie neemt het belang hiervan steeds verder toe. Dit geldt zeer zeker ook voor de informatie-technologie die zich steeds meer tot een geheel eigen uitgavencategorie ontwikkelt. Belangrijke investeringen zijn de digitalisering van de radiologie en de introductie van elektronische patiënten dossiers. Desalniettemin blijven de investeringen in IT in de zorgsector nog achter bij andere dienstverlenende bedrijfstakken.

We zien dus dat de kapitaaluitgaven zich enigszins hebben verschoven van investeringen met lange afschrijvingstermijnen (nieuwbouw) naar investeringen met kortere afschrijvingstermijnen (ICT, apparatuur en verbouwingen). We mogen verwachten dat de substitutie tussen de verschillende investeringscategorieën verder zal worden geoptimaliseerd doordat alle kapitaallasten in de toekomst onder eenzelfde financierings-systematiek zullen vallen.

#### **De investeringsselectie**

Een van de belangrijkste implicaties van de ‘kapitaallastenbrief’ is dat het management van de zorginstellingen op termijn zelf de hoogte van de kapitaaluitgaven kan bepalen. Men kan minder uitgeven dan de kapitaallastennorm maar ook meer. Op dit moment is dat nog enkel het geval voor investeringen in apparatuur en inventaris. De norm voor de investeringsruimte zal daardoor minder verbonden zijn met het werkelijke investeringsniveau en het management zal meer eigen afwegingen gaan maken.

Daarmee staat ook het belang van een investeringsselectie op de agenda. De baten van een investering (nieuwe sprinkler installatie) zullen moeten worden afgewogen tegen de baten van rechtstreekse exploitatieuitgaven (salarissen e.d.). Indien het management rendabele investeringen doet, vergroot zij op termijn haar financiële speelruimte. Doet zij echter onrendabele investeringen dan beperkt zij uiteindelijk haar financiële mogelijkheden.

Hoe maken instellingen (idealiter) hun afweging voor een nieuwe investering? Nieuwe investeringen moeten op de eerste plaats relevant zijn in het kader van de strategie, de ontwikkelingen van de technologie, de vraag van de zorggebruiker en de marktstructuur. Belangrijk is dat de investeringen zijn te herlijden tot een strategisch plan. Tevens moet duidelijk zijn hoe en in welke mate de investering bijdraagt aan de omzet, marges en solvabiliteit van de zorginstelling. De opbrengsten van de investering moeten derhalve gestructureerd in kaart worden gebracht en moeten duidelijk zijn. Tijdens het investeringsproces moet ook duidelijk worden of een nieuwe technologie ook werkelijk de ‘toekomst’ heeft of dat er sprake is van een ‘hype’. Dit alles moet idealiter integraal gebeuren

voor alle geplande investeringen gezamenlijk. Kernelementen van de investeringsselectie staan in box 1.

**Box: Kernelementen van de investeringsselectie**

**Proces:**

welke deelnemers, (hardheid van) procedures, normstellingen, categorie-seringen, selectiecriteria.

**Opbrengsten van investering:**

strategisch, financiële opbrengsten, voldoen aan regelgeving, noodzakelijk onderhoud en nieuwe technologie.

**Randvoorwaarden:**

urgentie, aanwezigheid voldoende expertise en implementatiecapaciteit.

**Implementatie:**

monitoring resultaten, operations management en exit-strategieën.

### 3.5 Rechtsvorm en toegang tot kapitaal

#### **De kapitaallastenbrief is ook relevant voor de rechtsvorm en eigendomsconstructies**

Er bestaat een relatie tussen de beleidsvoornemens in de ‘kapitaallastenbrief’ en de overgang naar andere rechtsvormen en eigendomsconstructies. Dit komt omdat het belang van een ruime toegang tot kapitaal en het te behalen investeringsrendement toeneemt. Een adequate verdeling van de eigendomsrechten is één van de manieren om dit te beïnvloeden. In de Verenigde Staten wordt de specifieke rechtsvorm zelfs veelvuldig afgestemd op de financiële situatie van de instelling. De relatie tussen kapitaal en eigendom wordt in de ‘kapitaallastenbrief’ impliciet erkend. Het toestaan van het winstoogmerk is immers één van de concrete beleidsvoornemens.

Eén van de redenen waarom het instellingsmanagement de rechtsvorm zou willen wijzigen van een stichting naar een commerciële rechtsvorm (BV of NV), is de toegang tot risicodragend kapitaal. Voorbeelden van risicodragend kapitaal zijn: aandelenkapitaal, converteerbare obligaties en durfkapitaal.

In veel landen heeft de opkomst van meer commerciële zorginstellingen deels te maken met de beperktere toegang van de stichtingen tot de financiële markten. Dit komt niet alleen doordat stichtingen geen aandelen kunnen plaatsen maar ook door bezuinigingen op publieke kapitaaluitgaven, minder donaties en beperkte efficiëncywinsten. We moeten hierbij echter wel in het oog blijven houden dat de gevraagde vergoeding op aandelenkapitaal ook hoger is doordat de verstrekker ook een hoger risico loopt. Het gevraagde rendement ligt dan ook aanzienlijk hoger

dan dat van staatsleningen of geborgde bancaire leningen. Dit betekent dat aandelenkapitaal relatief duur is en enkel als beleggers een snelle stijging van de winst verwachten kan de aandelenkoers op een zo hoog niveau komen, dat een aandelenemissie goedkoper is dan bancaire financiering. Vandaar dat er vooral bij stijgende beurskoersen wordt gekozen voor aandelenemissies. Een relatief hoge kostenvoet voor kapitaal, dwingt de instelling overigens wel om hiermee efficiënt om gaan. Investerings die minder rendabel zijn, worden dan niet uitgevoerd.

Commerciële instellingen hebben dus toegang tot meerdere bronnen van kapitaal.

Stichtingen maken gebruik van eigen inkomsten, leningen, uitgifte van obligaties, subsidies en middelen van andere stichtingen (fusies). Stichtingen krijgen hun kapitaal vaak tegen lagere tarieven dan op winst gerichte aanbieders. Stichtingen hoeven veelal geen of minder belasting te betalen. Ze keren geen winst uit aan aandeelhouders maar behouden die zelf en de rendementseisen van eventuele verstrekkers van het vreemd vermogen liggen in de regel ook lager. Middelen worden niet ter beschikking gesteld of men verwacht een beperkt rendement.

De betere toegang tot kapitaal van winstbeogende instellingen speelt vooral een rol in (snel)groeierende markten, zeker als er daarbij uitzicht is op een goed rendement. We zien dan ook dat de snelle groei van specialistische zorgvoorzieningen in de Verenigde Staten (*speciality hospitals* en *ambulatory surgery centers*) en de consolidatie van de Duitse zorgmarkt gedreven wordt door op winst gerichte aanbieders. Stichtingen kunnen in het voordeel zijn in volwassen of krimpende markten. Er is dan immers veelal minder behoefte aan nieuw kapitaal, terwijl stichtingen het benodigde vervangingskapitaal meestal tegen gunstige condities kunnen aantrekken.

#### **Governance vanuit de vermogensverstrekkers**

Eén van de gevolgen van het nieuwe regime zal zijn dat het toezicht vanuit de financiële markten zal toenemen. Dit komt omdat de risico's van de vermogensverstrekkers toenemen en daarom ook beter moeten worden ingeschat. Toezicht vanuit de kapitaalmarkten is nogal eens intensiever dan die vanuit de publieke en non-profit sector. De banken zullen niet alleen hun tarieven aan de nieuwe situatie aanpassen, maar ook het toezicht versterken. Dit vormt namelijk ook een manier om het risico van de vermogensverstrekker te beperken.

Investeerdere van durfkapitaal (venture capitalists) eisen in de regel een eigen stem in de Raad van Toezicht, alsmede invloed in de keuze van het management. Winstbeogende zorginstellingen hebben dezelfde eisen. Deze vormen concerns of conglomeraten met een dominante rol voor de moederinstelling. Aandeelhouders hebben een meer beperkte invloed.

Zij hebben namelijk geen rechtstreekse stem in het instellingsbeleid en het aandeelhouderskapitaal is meestal versnipperd. De laatste jaren zien we echter dat ook het toezicht door aandeelhouders aan belang toeneemt.

De ‘kapitaallastenbrief’ zal op een natuurlijke wijze leiden tot een verbetering van de *governance* en een intensivering van het toezicht. In het verlengde daarvan zal moeten worden gezien wat dit betekent voor de huidige wettelijke verantwoording, zoals die bijvoorbeeld in de Regeling op de Jaarverslaggeving vastligt. Deze moet zich misschien meer gaan richten op verantwoordingsinformatie. Dit zal een efficiënte werking van de vermogensmarkten kunnen stimuleren. Deze zijn immers afhankelijk van goede en accurate informatie. Door tijdig dit soort informatie openbaar te maken of aan vermogensverstrekkers te leveren kunnen instellingen werken aan een betere toegang tot kapitaal.

#### **Verandering van rechtspersoon**

We mogen verwachten dat instellingen in de toekomst vaker van rechtspersoon zullen wisselen en dat ‘kapitaal’ daarbij een kanaliserende functie vervult. We mogen verschillende trends verwachten. We bespreken achtereenvolgens het samengaan van verschillende rechtspersonen (fusies), nieuwe rechtspersonen die samen met de artsen worden opgezet (joint venture en dergelijke), overnames van rechtspersonen en de omzetting van de ene rechtspersoon in de andere (conversies).

Er zijn verschillende manieren voor zorginstellingen om van eigenaar te wisselen. We verwachten dat de ‘kapitaallastenbrief’ tot meer fusievorming zal leiden en dit heeft als voordeel dat instellingen met een zwak financieel management niet ten gronde hoeven te gaan, maar verder kunnen gaan in een groter geheel. Doordat zorginstellingen nu nauwelijks failliet kunnen gaan en ook geen heldere eigenaar kennen (noch van winsten, noch van verliezen), kunnen instellingen lang zelfstandig voortbestaan. Desalniettemin zijn ook de huidige instellingen reeds goed bekend met fusievorming. Middels fusievorming krijgen financieel zwakere instellingen veelal weer een betere toegang tot kapitaal. Fusies gaan echter ook gepaard met risico’s voor de bedrijfsvoering en kunnen de concurrentie inperken.

Een ander figuur is de samenwerking tussen zorginstellingen en de professionals. Dit is vooral relevant voor de ziekenhuissector en wordt gestimuleerd door het feit dat de technologie het steeds beter mogelijk maakt dat er buiten de instellingsmuren gewerkt kan worden. Er kan bijvoorbeeld worden gekozen voor joint ventures en aparte rechtspersonen (zelfstandige behandelcentra). Instellingen proberen hun professionals en daarmee hun inkomstenstroom met dit soort constructies aan zich te binden. In de praktijk zullen deze nieuwe rechtspersonen daarom veelal

met winstoogmerk werken. Immers, alleen dan kunnen de professionals meedelen in de opbrengsten. In de Verenigde Staten heeft bijna 95% van alle zogenaamde *certified ambulatory surgery centers* (extramurale klinieken) een for-profit status. In het bedrijfsleven zie je in een professionele kapitaalextensieve omgeving vaak dat de professional ook de eigenaar is (advocatenkantoren, consultancy etc.).

Vijandige en vriendelijke overnames zijn in de Nederlandse verhoudingen nog wel een eindje weg. Indien de eigendomsrechten van een instelling voor een bepaald bedrag rechtstreeks worden gekocht, spreken we van een overname. Dit is het best voorstelbaar in een volwassen commerciële zorgsector die op dit moment in ons land ontbreekt. De markt bepaalt in dat geval de waarde van de commerciële instelling.

De overname van een stichting is een lastiger verhaal. Stichtingen bezitten immers geen aandelenkapitaal dat opgekocht kan worden. Stichtingen hebben statutaire doelstellingen die bepalen waarvoor de beschikbare middelen gebruikt moeten worden. Ze kunnen onderling fuseren, maar het kopen van een stichting is lastig. Het meest zuiver is, dat de stichting zijn eigendom verkoopt tegen de werkelijke waarde in het economische verkeer en dat de opbrengst wordt gebruikt om op een andere manier de doelstellingen uit de statuten te bereiken. De belangen van de bestuurders en het management hoeven bij zo'n transactie echter niet overeen te komen met die van de stichting. Daarom verdient het de voorkeur dat een onafhankelijke derde (de rechter of de overheid) toetst of er ook daadwerkelijk een reële prijs is betaald. Het is vanwege potentiële belangenverstrengelingen in het publieke belang dat de overheid goed werkende instituties creëert die de omvorming van stichtingen naar commerciële rechtspersonen in goede banen leiden.



## 4 Verschillen tussen care en cure

### 4.1 De balanspositie

#### Materiële vaste activa

Sommigen schatten de totale waarde van het vastgoed op circa € 40 miljard (Scheerder, 2005). De precieze waarde is moeilijk te bepalen, maar lijkt hier toch onder te liggen. De balansen van het overgrote deel van de ziekenhuizen, de verpleeg- en verzorgingshuizen, de thuiszorg en de instellingen in de gehandicaptenzorg hebben circa € 18,3 miljard aan vaste activa op de balans staan (tabel 4.1). Schatten we daarbij de vaste activa van de geestelijke gezondheidszorg en enkele andere kleinere instellingscategorieën alsmede een beperkt percentage non-respons dan lijkt een boekwaarde van circa € 25 miljard opportuun. De marktwaarde kan hiervan overigens behoorlijk afwijken.

**Tabel 4.1 Balanstotalen zorginstellingen (mln.)**

	Ziekenhuizen 2004	Gehandicapten- zorg	V&V
Materiële vaste activa	7900	3000	7400
Overige vaste activa	1800	900	500
Eigen vermogen	1200	530	1500
Schulden	10400	2900	7900
% kortlopende schulden	47%	38%	41%
Afschrijvingen activa	663	229	585
Financiële lasten	335	119	286

Bron: Prismant, berekening RVZ

Er zijn in de zorgsector veel minder ziekenhuizen dan instellingen voor gehandicaptenzorg, verpleging en verzorging. Een gemiddeld ziekenhuis heeft veel meer bezittingen op de balans geactiveerd dan een instelling in de care. De absolute omvang van de activa verschilt dus tussen de verschillende sectoren en instellingen. Hoewel het financiële risico niet enkel van de omvang van de materiële activa afhangt, bepaalt deze toch mede het risicoprofiel.

Dit blijkt ook als we kijken naar de omvang van de trekkingsrechten die in de verschillende sectoren worden opgebouwd. Trekkingsrechten zijn toekomstige claims op het bouwkader die gebruikt kunnen worden voor grootschalige instandhoudingsinvesteringen. Op basis van de trekkingsrechten zoals ze tot 2008 worden opgebouwd kan eveneens worden geconcludeerd dat in de ziekenhuizen verreweg het meeste geld omgaat en in de geestelijke gezondheidszorg het minste. Het valt ook op dat de groei van de trekkingsrechten voor een relatief groot deel neerslaan in de gehandicaptensector (tabel 4.2).

**Tabel 4.2 Opgebouwde trekkingsrechten en verdeling tussen de sectoren**

	2004	2006	2008
Ziekenhuizen	42%	40,9%	40,4%
Verpleeghuizen	25,6%	25%	24,7%
Gehandicaptenzorg	18,7%	20,8%	21,7%
GGZ	13,7%	13,4%	13,2%
Totaal (€ mln.)	6.411,5	7.218,7	8.308,7

Bron: VWS

De sectoren verschillen ook in de mate van kapitaalintensiteit. Er bestaan hiernaast verschillen in de aanwending van het kapitaal. Dit kan voor een groot of juist voor een kleiner deel worden aangewend voor het vastgoed. Naarmate de kapitaalintensiteit toeneemt en naarmate dat meer voor vastgoed wordt aangewend nemen grosso modo ook de risico's toe. Hiernaast spelen natuurlijk ook andere zaken zoals bijvoorbeeld de waarde van het vastgoed of de marges.

De verzorgingshuizen maken relatief de meeste kosten voor vastgoed. Tabel 4.3 maakt verder duidelijk dat de geestelijke gezondheidszorg het meest kapitaalextensief is. In de ziekenhuissector wordt een belangrijk deel van de kapitaallasten aangewend voor de medische inventaris. Indien we hiervoor zouden corrigeren dan zijn de ziekenhuizen relatief kapitaalextensiever dan de caresectoren.

**Tabel 4.3 Kapitaalintensiteit**

	Omvang kapitaallasten in budget	Waarvan ten behoeve van huisvesting
Verzorgingshuizen	18,8%	89,4%
Ziekenhuizen	12,4%	59,7%
Gehandicaptenzorg	12,1%	84,3%
Verpleeghuizen	12,0%	87,5%
GGZ	10,4%	83,7%

Bron: VWS

Hoewel we dat niet enkel uit de bovenstaande gegevens kunnen afleiden, duiden deze toch op aanzienlijke risico's voor de kapitaalextensieve verzorgingshuizen. Op basis van deze indicator zouden de ziekenhuizen een relatief gunstig risicoprofiel bezitten, maar we moeten ons daarbij wel realiseren dat het zich hier absoluut wel handelt om de meest omvangrijke bedragen. Dit komt omdat ziekenhuizen door hun schaalgroten in de regel veel meer activa op de balans hebben staan dan een care instelling.

### Boekwaardeproblematiek

We moeten ons realiseren dat de eerder geschatte boekwaarde van € 25 miljard niet representatief is voor de werkelijke waarde in het economische verkeer. Dit komt omdat veel gebouwen functioneel dusdanig zijn verouderd dat hun boekwaarde veelal hoger is dan de werkelijke waarde in het economische verkeer. Deze zogenaamde boekwaardeproblematiek is sectorbreed aanwezig, maar lijkt het grootst bij de verzorgingshuizen.

In de verpleeg- en verzorgingshuizen is het boekwaardeprobleem in een eerder onderzoek geschat op circa € 5 miljard (RIGO, 2002). In de verzorgingshuizen is bijna driekwart van de vastgoedvoorraad van een matige tot slechte kwaliteit (tabel 4.4). De ziekenhuissector beschikt over zeer specifiek vastgoed dat gevoelig is voor snelle veroudering door nu nog onbekende technologische ontwikkelingen. Dit duidt op een aanzienlijk boekwaardeprobleem in deze sector.

De boekwaardeproblematiek wordt grotendeels veroorzaakt doordat er wordt afgeschreven op basis van historische kosten. Nieuwbouw kent een verplichte historische afschrijvingstermijn van vijftig jaar en groot-schalige instandhouding van twintig jaar. Hierbij is er geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende sectoren. Wel is het zo dat de feitelijke afschrijvingstermijn toch veelal korter is. Dit valt namelijk af te leiden uit tabel 4.1 (quotient van afschrijvingskosten en vaste activa). Oorzaken hiervan zijn bijvoorbeeld investeringen met een kortere afschrijvingsduur (instandhouding, apparatuur en inventaris) en het (verplicht) in mindering brengen van eventuele verkoopopbrengsten op de activa bij nieuwbouw.

**Tabel 4.4 Aandeel verouderde instellingen**

Sector	Functioneel matige en slechte gebouwen
Verzorgingshuizen	73%
Verpleeghuizen	34%
Geestelijke Gezondheidszorg	35%
Gehandicaptenzorg	41%

Bron: Arcares, 2003

De boekwaardeproblematiek zou betekenen dat de werkelijke waarde van de materiële activa minder dan € 25 miljard bedragen. Hoewel dit waarschijnlijk ook wel zo is, moeten we ons realiseren dat er ook stille reserves bestaan die de waarde van het vastgoed vergroten. Dit heeft hoofdzakelijk te maken met het feit dat de grond en de terreinen niet tegen de marktwaarde op de balans worden gewaardeerd. Er bestaan vooral in de intramurale geestelijke gezondheidszorg en in de intramurale gehandicaptenzorg relatief veel instellingen met grote terreinen waarvan de enkel de historische kostprijs van de grond op de balans staat.

Ook instellingen met voorzieningen op centrale locaties in de grote steden beschikken veelal over extra niet geactiveerde waarde.

We concluderen op basis van de bovenstaande gegevens dat de caresectoren (met uitzondering van de verzorgingshuizen) het minste last hebben van een mogelijk boekwaardeprobleem bij de waardering van hun materiële activa. Hiervoor zijn drie redenen. Een deel van de caresector beschikt over aanzienlijke stille reserves doordat zij de beschikking hebben over uitgebreide terreinen en gronden. Op de tweede plaats is de alternatieve aanwendbaarheid van de gebouwen in de care over het algemeen beter. Het ziekenhuisvastgoed heeft een meer specifiek karakter. Het gevolg hiervan is dat het boekwaardeprobleem in de ziekenhuizen relatief groot is. Tot slot gaat het in de ziekenhuissector over hogere bedragen en dit maakt in zekere zin ook het probleem groter. Deze algemene conclusies hoeven niet te gelden voor individuele instellingen.

#### **Financiële positie**

Zorginstellingen bezitten naast gebouwen en andere activa ook vermogensposities. Tabel 3.3 heeft duidelijk gemaakt dat de deelname aan het Waarborgfonds onder ziekenhuizen stukken hoger ligt dan onder instellingen in de care. We kunnen op basis daarvan niet zondermeer de conclusie trekken dat de vermogensposities en het financiële management daar beter ontwikkeld zijn. Het is namelijk tegelijkertijd zo dat zich juist onder de deelnemende ziekenhuizen de meeste instellingen bevinden waarvoor een verhoogde waakzaamheid geldt. Van de 26 deelnemers waarvoor een verhoogde waakzaamheid geldt, zijn er 19 een ziekenhuis. Ziekenhuizen (45%) zijn ook oververtegenwoordigd onder de deelnemers (18%) met een negatief exploitatieresultaat (WfZ, 2005).

De meeste instellingen met een vermogen van minder dan 5% zijn eveneens te vinden bij de ziekenhuizen. Het gemiddelde weerstandsvermogen is hier ook het kleinst (8,1%), gevolgd door de psychiatrie (9,4%). Hogere vermogensposities vinden we bij de radiotherapeutische centra (16,8%) en de verzorgingshuizen (13,5%). De vermogens stijgen momenteel het snelst in de AWB-sector (WfZ, 2005).

Het beeld dat het Waarborgfonds schetst wordt grotendeels bevestigd door de gegevens uit de jaarverslagen van de zorginstellingen (tabel 4.5). We zien ook hier de solvabiliteit overal toenemen. De solvabiliteit en de groei daarvan is echter het best in de gehandicaptenzorg en bij de V&V-sector. De ziekenhuizen blijven daarbij iets achter. Wel is er in de ziekenhuissector veel minder spreiding in solvabiliteit tussen de verschillende instellingen. In de gehandicaptenzorg en vooral in de V&V-sector zijn de verschillen veel groter. Dit betekent dat er daar veel meer uitschieters naar boven en naar onderen zijn.

De rentabiliteit is overal beperkt van omvang. De snellere toename van

de solvabiliteit bij de gehandicaptenzorg en de V&V-sector vindt zijn complement bij de hogere rentabiliteit in deze beide sectoren. De ziekenhuissector scoort echter elk jaar beter en kent weinig schommelingen. In de V&V-sector loopt de rentabiliteit terug terwijl tegelijkertijd de spreiding fors toeneemt. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn de maatschappelijke discussies over het niveau van de kwaliteit van zorg alsmede de relatief forse bezuinigingsmaatregelen die de thuiszorgsector getroffen hebben.

**Tabel 4.5 Ontwikkelingen in rentabiliteit (%), solvabiliteit (%), werkkapitaal (%) en hun spreiding<sup>13</sup>**

		Ziekenhuizen	Gehandicaptenzorg	V&V-sector
Rentabiliteit	2004	1,26	1,59	1,48
	2003	0,64	1,76	1,90
	2002	0,50	2,05	2,98
	2001	0,42	1,11	2,19
Spreiding	2004	0,03	0,13	31,93
	2003	0,06	0,10	173,12
	2002	0,05	0,13	0,62
	2001	0,05	0,15	0,22
Solvabiliteit	2004	8,96	10,93	11,42
	2003	8,00	10,03	10,40
	2002	7,77	8,97	9,47
	2001	7,69	7,76	8,23
Spreiding	2004	0,30	1,97	530,19
	2003	0,32	1,58	879,97
	2002	0,32	2,12	3,28
	2001	0,30	2,24	3,00
Werkkapitaal	2004	-13,90	-13,61	-9,56
	2003	-12,95	-13,21	-8,86
	2002	-11,48	-13,23	-7,83
	2001	-9,46	-13,09	-7,43
Spreiding	2004	4,84	4,26	532,58
	2003	4,13	3,38	110,47
	2002	3,29	4,40	16,53
	2001	2,96	4,54	13,22

Bron: Prismant, 2006

Tot slot het beschikbare werkkapitaal. Hier zien we weer een opvallend verschil tussen de ziekenhuizen en de beide caresectoren. Het beschikbare werkkapitaal is in de ziekenhuizen veel sneller teruggelopen dan in de beide andere sectoren. De ziekenhuizen hebben hier ook een grotere en toenemende spreiding dan bij de rentabiliteit en de solvabiliteit. De andere verzekeringsregimes spelen hierbij mogelijk een rol. In het tweede compartiment zijn de financiële risico's voor de zorgverzekeraars toegenomen, terwijl dit in de AWBZ niet het geval was. De zorgkantoren

werken bovendien met een systeem van bevoorschotting dat door het jaar heen een continue stroom van inkomsten genereert. We kunnen er misschien op speculeren dat de marktwerking en de introductie van de DBC's in het tweede compartiment heeft geleid tot het later betalen van de rekeningen door de verzekeraars.

De conclusie luidt dat de financiële positie het best is in verpleging en verzorging gevolgd door de gehandicaptenzorg. Hierbij passen wel een paar belangrijke nuanceringen. Op de eerste plaats is daar het grote aantal verzorgingshuizen dat met functionele veroudering kampt. Hiernaast bestaat in deze beide sectoren en vooral in de verpleging en verzorging veel meer diversiteit in financiële uitkomsten. De ziekenhuizen vormen wat dat betreft een meer homogene groep die bovendien, met uitzondering van het werkkapitaal meer consistentie laat zien in de verbetering van de resultaten.

## **4.2 Bezettingsgraad kapitaal**

### **De zorgsector heeft hoge vaste kosten**

De zorgsector is zowel kapitaal als personeelsintensief en dit leidt tot hoge vaste kosten. De instellingen gaan in de toekomst ook risico lopen op de bezettingsgraad van het kapitaal. Dit betekent dat een hoge bezettingsgraad een belangrijke voorwaarde vormt voor een gezonde financiële bedrijfsvoering. Dit geldt des te meer omdat de meeste prijzen (met uitzondering van het B-segment in de ziekenhuizen) voorlopig nog steeds centraal worden bepaald. Er kunnen geen marginale tarieven worden gecalculeerd die met de bezettingsgraad fluctueren. Instellingen met een lage of dalende bezetting komen snel in de financiële problemen als ze hier tegenover onvoldoende besparingen op de kosten weten te realiseren.

### **Verschillen tussen cure en care**

De vaste kosten zijn niet gelijk voor de curesector en de caresector. De caresector kampt met hogere vaste kosten dan de cure. De vorige paragraaf heeft duidelijk gemaakt dat de caresector over het algemeen kapitaalintensiever is dan de cure. Dit geldt ook voor de personele kosten. In de care instellingen bedragen de vaste kosten circa 85% van de omzet. Dit is lager in de ziekenhuissector (70%) wat wordt veroorzaakt door hogere kosten voor medische middelen (geneesmiddelen, hulpmiddelen etc.). Dit betekent derhalve dat de caresector gevoeliger is voor een productiedaling dan de ziekenhuissector.

De nieuwe systematiek koppelt de kapitaalvergoeding aan de vigerende financiering van de productie. De relatie tussen de vergoeding voor kapitaal en de feitelijke bezettingsgraad heeft in de ziekenhuizen een enig-

zins diffuus karakter.

Ziekenhuizen krijgen budget voor een bepaalde diagnose behandelcombinatie ongeacht het feitelijk beslag dat hierdoor op het aanwezige kapitaal wordt gelegd. Indien dit beslag in de toekomst afneemt als gevolg van technologische ontwikkelingen en een verder dalende verpleegduur, leidt dit niet per definitie tot minder inkomsten.

In de AWBZ geldt er een ander verhaal. De financiering blijft er gebaseerd op de voor zorgzwaarte gecorrigeerde verpleegdag. Een daling van het aantal verpleegdagen, bijvoorbeeld als gevolg van verdergaande extramuralisering, leidt rechtstreeks tot dalende inkomsten. Dit geldt echter veel minder voor een eventuele verdergaande extramuralisering van de ziekenhuiszorg. Immers daardoor hoeft de DBC niet te verdwijnen. Het toekomstige bezettingsrisico is in de care kortom naar waarschijnlijk groter dan in de cure.

Een laatste verschil tussen de care en de cure is de feitelijke bezettingsgraad. Deze ligt namelijk hoger in de care dan in de cure. Omdat de exploitatie van een zorginstelling een groot risico loopt bij een daling van de bezettingsgraad is de AWBZ in dit opzicht kwetsbaarder dan de ziekenhuissector. Bij teruggang in de bezetting zullen de opbrengsten immers sterker dalen dan de kosten zullen afnemen.

In de ziekenhuizen blijft de bedbezetting dalen, deze ligt momenteel op circa 60%. Hierbij dienen we wel aan te tekenen dat de kapitaalintensiteit in de curatieve zorg maar voor een deel direct herleidbaar is tot het bed. De ziekenhuissector is waarschijnlijk minder goed planbaar en veel kapitaal ligt bovendien vast in medische apparatuur. Door de teruglopende verpleegduur is de bedbezetting bij ziekenhuizen wellicht minder belangrijk als indicator van efficiency.

In de ouderenzorg vormen bedbezettingspercentages van meer dan 95% geen uitzondering. De overige caresectoren hebben een lagere bedbezetting dan de ouderenzorg maar een hogere dan de ziekenhuissector. We kunnen stellen dat er met name in de ouderenzorg weinig ruimte bestaat voor een stijgende bezettingsgraad. In de ziekenhuissector lijkt er echter sprake van een zekere overcapaciteit. De normatieve kapitaallastencomponenten zullen waarschijnlijk worden bepaald op basis van de huidige benutting. Dit is in het voordeel van de ziekenhuizen, maar kan wellicht een toekomstig probleem vormen voor de ouderenzorg.

### 4.3 Verschillen in ontwikkeling van de financiële functie

#### **De financiële functie moet worden versterkt**

De beleidsvoornemens van de overheid ten aanzien van de liberalisering van de kapitaallasten betekenen dat de financiële functie ook op dit terrein professioneel moet worden vormgegeven. Het ligt in de rede te veronderstellen dat instellingen daar op dit moment nog niet klaar voor zijn en dit is ook logisch omdat zij dit nooit hebben hoeven te doen. In deze paragraaf kijken we of we op dit vlak in algemene zin iets kunnen zeggen over de verschillen tussen de cure en de caresector. Het volgende hoofdstuk gaat verder in op de noodzakelijke competenties en vaardigheden van het instellingsmanagement.

Er is nader empirisch onderzoek nodig voor een beter gefundeerde uitspraak over de verschillen tussen de care en cure in de uitoefening van de financiële functie. De meer algemene gegevens in deze achtergrondstudie geven echter wel een indicatie dat de ziekenhuizen momenteel in de regel beschikken over meer financiële expertise dan de caresectoren. Hiervoor bestaan meerdere redenen.

#### **De financiële functie is in de ziekenhuizen misschien toch beter ontwikkeld**

Op de eerste plaats opereren de meeste ziekenhuizen op een grotere schaal wat zich ook vertaalt naar de omvang van de beheerde activa en de opgebouwde schuldposities. Dit maakt het mogelijk om de financiële functie sterker op te tuigen dan dat bij kleinere instellingen mogelijk is. Dit geldt in de regel juist de specialistischere financiële functies die bij de liberalisering van de kapitaallasten aan belang zullen winnen. In het verlengde hiervan kan worden opgemerkt dat de ziekenhuizen ook al veel langer enige ervaring hebben kunnen opdoen met de problematiek aangezien de investeringen in medische apparatuur reeds onderdeel vormden van de budgettering.

Dit beeld wordt mogelijk bevestigd als we kijken naar de deelnamepercentages van de ziekenhuizen in het Wfz. Deze liggen namelijk aanmerkelijk hoger dan in de caresectoren het geval is (tabel 3.3). Dit is enigszins vreemd omdat de financiële positie van de ziekenhuissector over het algemeen juist slechter is dan in de caresectoren. Blijkbaar zagen de ziekenhuizen al snel de financiële voordelen die de deelname aan het Wfz met zich meebracht. Een andere reden kan zijn dat de ziekenhuizen beschikten over een beter ontwikkeld sturings- en beheersingsinstrumentarium. Dit vormt immers een belangrijke voorwaarde tot toelating tot het Waarborgfonds. Het hoge deelnamepercentage van ziekenhuizen kan dus wellicht mede vanuit het opereren van de financiële functie worden verklaard.



We kunnen tot slot wijzen op de beperkte spreiding die er in de ziekenhuissector bestaat ten aanzien van de scores op rentabiliteit, solvabiliteit en het beheer van het werkkapitaal (tabel 4.5). Dit kan er misschien op duiden dat er in de caresectoren een grotere groep achterblijvers bestaat. De homogeniteit in de financiële prestaties van de ziekenhuizen kan misschien een indicatie vormen voor een financiële functie die in de breedte voldoet en een bepaald basisniveau behaalt.

**Het huidige niveau van de financiële functie vormt geen structureel probleem**

Ziekenhuizen staan er wat betreft de professionaliteit van de financiële functie dus misschien iets beter voor dan de caresectoren. Dit hoeft echter geen doorslaggevende voorsprong van deze sector te betekenen. Dit komt omdat de noodzakelijke financiële expertise in principe relatief snel kan worden opgebouwd. Het volgende hoofdstuk bevat een aanzet tot de noodzakelijke competenties en vaardigheden.

In de caresectoren bevinden zich bovendien behoorlijk wat instellingen met een relatief sterke balans. Dit is een voordeel dat niet zo snel op de korte termijn door anderen instellingen te verwerven valt. Ziekenhuizen worstelen eveneens veelal met hun relatie met de medische staf.

Dit vormt een cruciale voorwaarde voor een succesvolle bedrijfsvoering. Het verbeteren van de relatie met de medische staf is echter meestal een zaak van lange adem.

## 5 Financieel management: benodigde expertise

### 5.1 Het verbeteren van de toegang tot extra kapitaal

#### Hogere bedrijfsresultaten

Het (financiële) management zal de toegang tot investeringsmiddelen moeten verheffen tot een centrale beleidsdoelstelling. Op termijn zal men daarbij breder moeten kijken dan alleen naar de mogelijkheid van bancaire financiering. Dit betekent bijvoorbeeld dat er niet alleen voldoende solvabiliteit moet bestaan om een nieuwe lening aan te trekken, maar dat men ook een beroep op andere bronnen van kapitaal zal moeten kunnen doen. Stabiele positieve bedrijfsresultaten zijn daarbij in alle gevallen belangrijk. Instellingen kunnen dit gebruiken om ook zelf investeringen te financieren. Non-profit instellingen zullen er aan moeten wennen dat een evenwicht op de begroting niet meer voldoende is.

Indien instellingen niet kunnen voorzien in een minimum deel van hun eigen kapitaalbehoefte, worden ook de potentiële externe financiers kopschuw. De bedrijfsresultaten zullen voor veel instellingen moeten toenemen. Deze liggen momenteel op 1 à 1,5 procent (tabel 4.5).

Internationale ervaringen wijzen echter op een percentage van circa 5 procent. Op dit moment voldoet maar ongeveer 10 procent van de Wfz instellingen aan die doelstelling (Wfz, 2005). De gemiddelde zorginstelling zal zijn bedrijfsresultaat daarom aanzienlijk moeten verhogen.

De wenselijke verhoging van het bedrijfsresultaat is dusdanig fors dat dit een van de belangrijkste wijzigingen van het nieuwe regime zal vormen. De belangrijkste manieren om het bedrijfsresultaat te verhogen zijn het reserveren van een deel van de normatieve kapitaallastencomponenten (geen verjubeling), het doen van rendabele investeringen, structurele kostenbesparingen, efficiencymaatregelen en tot slot inkomensgroei door prijsverhogingen en omzetgroei in segmenten met hoge marges. Instellingen moeten werken aan een *trackrecord* en grote schommelingen in de financiële prestaties zijn onwenselijk. Er zal een behoorlijke cultuuromslag plaatsvinden.

#### Verruiming van de toegang tot kapitaal via derden (credit enhancement)

Zorginstellingen zullen tijd nodig hebben om te gaan voldoen aan de aangescherpte financiële eisen. Daarom is het belangrijk dat ook zij zich toegang weten te verschaffen tot technieken van *credit enhancement*. Instellingen kunnen dan (tegen een vergoeding) meeliften op de sterkere financiële positie van een derde partij. Dit kan de toegang tot kapitaal versterken.

Dit proces verloopt in ons land nu nog middels een tweetal instrumenten. Op de eerste plaats gaat het dan om fusies van financieel sterke partijen met zwakkere partijen. Het motief van een beperkte toegang tot nieuw kapitaal speelt daarbij soms een rol. Hiernaast bestaat er het Waarborgfonds die de deelnemende instellingen een relatief goede toegang biedt tot kapitaal op aantrekkelijke voorwaarden. Het Wfz hanteert echter toelatingsnormen waar niet iedere instelling aan zal weten te voldoen. Indien het Wfz haar obligo tarieven naar risico differentieert, kunnen de instellingen met een slechter risico dit wellicht middels een hoger obligo tarief afkopen.

De kapitaallastenbrief geeft daarna nog een derde weg aan voor financieel zwakkere instellingen de toegang tot voldoende kapitaal te borgen. Het ministerie overweegt namelijk om naast het bestaande saneringsinstrumentarium een transitiefaciliteit in te richten. Deze geeft onder meer instellingen onder bepaalde voorwaarden de mogelijkheid om bij de overheid een achtergestelde lening te verkrijgen. Doordat dit als eigen vermogen beschouwd wordt zouden de balansposities van deze instellingen worden versterkt.

#### **Optimalisatie van financieringsmogelijkheden**

De liberalisering van de kapitaallasten bieden de instellingen meer mogelijkheden om gebruik te maken van allerlei geavanceerde financiële methoden om de relatie tussen het risico en de vergoeding die daarvoor wordt betaald te optimaliseren. We betreden dan het terrein van de ondernemingsfinanciering. Het zou helpen als de kennis hierover in de zorgsector wordt versterkt door de brede verspreiding van financiële best practices.

Er zijn verschillende technieken die behulpzaam kunnen zijn bij de optimalisering van de financiering van de zorginstelling. We kunnen denken aan de optimale verhouding tussen het vreemd vermogen en het eigen vermogen en minder ingeburgerde financieringsmogelijkheden zoals *sale-and-leaseback* constructies, joint ventures, *real estate investment trusts* en *participating bonds*.<sup>14</sup>

Belangrijk is ook dat er een goede verhouding tussen korte en lange rentevasteperiodes aanwezig is. Korte rentes zijn in de regel goedkoper, maar de instelling wordt wel geconfronteerd met het risico van een (snel) oplopende rente. Indien instellingen meer risico gaan lopen over de prijsvorming kunnen ook derivaten helpen om het risico te beheersen. Het is ook van belang om een goede looptijd voor de lening te kiezen. In de regel is het zo dat hoe langer de looptijd is hoe lager de netto constante waarde van de aflossingen. Door op een goede manier gebruik te maken van bovenstaande financiële instrumenten kunnen de voor het kapitaal gemaakte kosten naar beneden. Om dit te bereiken is een continue monitoring van de schuldenpositie noodzakelijk.

#### **Box: strategieën voor een betere toegang tot kapitaal**

1. Haal de noodzakelijke financiële doelstellingen.
2. Behaal deze doelstellingen op een betrouwbare manier; bouw een *trackrecord* op.
3. Betrek het personeel bij het behalen van de doelstellingen en overtuig hen van de noodzaak.
4. Wees naar buiten toe zo transparant mogelijk.
5. Ontwikkel de expertise om geavanceerde financiële kennis in te kopen.
6. Denk creatief (filantropie, eigen marge, investeringsopbrengsten, verkopen)

## **5.2 Aandachtspunten voor zorgorganisaties**

Deze paragraaf behandelt twaalf aandachtspunten voor zorginstellingen die het beheer van de kapitaallasten zelf ter hand moeten nemen. Deze kunnen worden onderverdeeld in competenties en vaardigheden rondom het bestuur en governance, het algemene management en de investeringsplanning. Instellingen die hun prestaties op deze onderdelen weten te verbeteren, zullen naar verwachting weinig problemen ondervinden met de extra verantwoordelijkheid die de ‘kapitaallastenbrief’ van hun vraagt.

### **Bestuur en governance**

#### *Corporate governance*

Een van de manieren om de toenemende risico's te beheersen, is een adequate interne toezichtstructuur. Dit geldt op elk niveau van de organisatie. De Raad concentreert zich hier op de stand van zaken bij de corporate governance. In een drietal opeenvolgende onderzoeken blijkt dat ziekenhuizen steeds beter zijn gaan scoren op de formele uitgangspunten van de corporate governance. In 2002 scoorden zij nog een dikke onvoldoende (3,4). In 2004 was het gemiddelde opgeklimmen naar een 5,23. Wel blijkt dat de scores van individuele ziekenhuizen van jaar tot jaar sterk kunnen fluctueren (Ernst&Young, 2003; 2004; 2005).

In een recent onderzoek dat zowel de cure- als de caresector betreft blijkt dat er een gat bestaat tussen het voldoen aan de formele vereisten en de ontwikkeling van een daadwerkelijk resultaatgericht toezicht. Slechts iets meer dan dertig procent van de Raden van Toezicht heeft het huisvestingsbeleid vastgelegd als een formeel ijkpunt en van de instellingen met een omzet boven de honderd miljoen heeft meer dan een kwart geen periodieke rapportage over de strategische risicobeheersing (Schraven, 2006). Dit behoeft verbetering als de instellingen verantwoordelijk worden voor hun kapitaallasten.

### *Strategische planning*

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

Een continue goede financiële scholing van de interne medewerkers versterkt het financiële vermogen. Het bevordert bovendien de eenheid van taal tussen de strategische en operationele bedrijfskolommen met de financiële kolom. Integrale strategische en financiële planning komt zo beter binnen handbereik. Het belang van een goed strategisch plan wordt in bijlage 2 nader toegelicht.

### *Extern stakeholder management*

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

Het ligt misschien voor de hand dat het stakeholder management voor wat betreft het vastgoed aansluit bij al bestaande overlegsituaties rondom het langetermijnhuisvestingsplan.

## **Algemeen management**

### *Intern stakeholder management*

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

### *Opbouw trackrecord*

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

### *Sturen van marges*

Het financieren van de kapitaalbehoefte tegen aantrekkelijke voorwaarden heeft ook te maken met een stabiel en positief bedrijfsresultaat. Deze kan worden benut om zelf investeringen te financieren, maar draagt via vermogensvorming ook bij aan risicoreductie en daarmee aan aantrekkelijke financieringsvoorwaarden op de financiële markten.

Momenteel kennen veel zorginstellingen aanzienlijke schommelingen in hun marges en is de organisatiecultuur niet altijd toegesneden op een structureel overschot, maar op een financiële break-even positie. Het management zal moeten gaan sturen op stabiele positieve marges en het belang hiervan binnen de organisatie duidelijk moeten maken ('no mission without margin').

### *Sturen van de bezetting op kapitaal*

Een hoge bezettingsgraad op het geïnvesteerde kapitaal is een andere belangrijke manier om het toegenomen financiële risico in de nieuwe situatie te reduceren. Immers, in dat geval zullen de vaste kosten relatief makkelijk worden gedekt. Uiteraard geldt het omgekeerde bij lage bezettingscijfers.

De te verwachten bezettingsgraad vormt dan ook een belangrijk criterium bij een investeringsbeslissing. Instellingen zullen hiervan geavanceerde analyses dienen te maken. Anderzijds zullen zij de logistieke processen moeten optimaliseren. De geprognoseerde bezettingsgraad zal immers wel moeten worden gerealiseerd. Op dit terrein zijn vele methoden en technieken beschikbaar voor het herontwerp van zorgprocessen. Door moderne informatietechnologie kunnen volgtijdige processen steeds meer simultaan worden uitgevoerd. Ook simpelere opties zoals bedrijfstijdverlenging kunnen belangrijk zijn.

### *Inhuren van financiële expertise*

De expertise die nodig is om de integrale verantwoordelijkheid voor de kapitaallasten te kunnen dragen, is niet alleen heel divers, maar is soms

ook erg specialistisch. Niet alle instellingen zullen in staat zijn om de benodigde kennis in eigen huis te halen en dit zal ook lang niet altijd efficiënt zijn. Dit betekent dat de vraag naar externe financiële expertise op het terrein van ondernemingsfinanciering, treasury, risicomangement en financiële constructies sterk zal toenemen. Het adequaat inkopen van deze hoog ontwikkelde specialistische expertise is een vaardigheid die in veel instellingen waarschijnlijk nog verder moet worden ontwikkeld.

Hierbij zijn een aantal zaken van belang. Op de eerste plaats betreft dit de competentie van de adviseurs. De afweging tussen de ‘automatische’ keuze voor de huisadviseur en een nieuwe aanbesteding moet van tijd tot tijd te worden overwogen. De advieskosten nemen meestal toe met de complexiteit van de financiële transactie er is daarom een grens aan de efficiënte omvang van het externe advies. Het is noodzakelijk dat er financiële expertise aanwezig is in de Raden van Toezicht. Tot slot moet ook de verhouding tussen de externe en interne adviseurs goed worden geregeld (HMFA, 2004e).

### **Investeringsplanning**

#### *De investeringsselectie*

Bij investeringen in de zorg ligt de nadruk nu nog vaak op de kosten en op de budgettaire inpasbaarheid daarvan. Dit komt, doordat het verkrijgen van kapitaal niet rechtstreeks aan het rendement gekoppeld is. De investeringsselectie wordt gedomineerd door bureaucratie en professionele voorkeuren. Tentatief onderzoek maakt dan ook duidelijk dat er in de ziekenhuissector momenteel geen enkele relatie bestaat tussen het investeringsniveau en de personele kosten (Gupta, 2006). Dit duidt erop dat extra kapitaalintensiteit slechts beperkt tot besparingen op de personele kosten leidt.

Dit zal gaan veranderen. De opbrengst (het rendement) zal belangrijker worden bij de investeringsselectie. Er is behoefte aan professionalisering van de investeringsselectie en hiervoor is binnen de meeste instellingen nog veel werk te verzetten. Zo moet systematisch worden geanalyseerd wat de impact van een investering is op de inkomstengeneratie, op de exploitatie, op de productiviteit en wat het totale rendement is. Ook moet bekeken worden hoe de investering zich verhoudt tot de strategische en zorginhoudelijke doelstellingen en wat het effect is op de marktpositie. Tot slot moeten relevante stakeholderbelangen, zoals de impact op de kwaliteit van zorg, de patiëntentevredenheid, de steun van de professionals en de werknemers in kaart gebracht worden. Specifieke sjablonen kunnen het proces van de investeringsselectie ondersteunen.

### *Balansbeheer*

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

In de toekomst is er behoefte aan een actiever balansbeheer op basis van getaxeerde reële balanswaarden. De balanspositie draagt immers bij aan de optimalisatie van de verkrijging van kapitaal. De balans moet de reële bezittingen van de instelling weergeven. Dit maakt de balans meer bruikbaar voor de doelstellingen van financieel-management. Een sterke balanspositie kan worden geaccrediteerd door een financiële rating.

Bij een actief balansbeheer hoort een aantal vaardigheden en competenties. Hierbij kan worden gedacht aan het continu analyseren van de eigen liquiditeitspositie en de resterende ruimte voor het aantrekken van kapitaal. Het optimaliseren van de kosten van kapitaal hangt mede af van de balanspositie. Hierbij komen zaken aan de orde als het (met het oog op versterking van de balans) verkopen en weer terughuren van activa (balansverkorting). Risicomanagement komt ook prominent op de agenda van balansbeheer.

Een stringenter balansbeheer betekent echter niet dat er op dit vlak geen verschillen tussen zorginstellingen kunnen bestaan. Bijlage 3 maakt duidelijk dat de balansposities van marktgerichte zorginstellingen onderling behoorlijk kunnen verschillen.

### *Waardebepaling*

Soms is het beter om activa en andere bezittingen af te stoten en de opbrengst op een andere, meer doelmatige manier te herinvesteren in zorg. Mede om te voorkomen dat instellingen hun activa te goedkoop verkochten, werd het College sanering zorginstellingen (CSZ) de centrale verkopende partij. In de nieuwe systematiek is het echter logisch dat de instelling zowel verantwoordelijk is voor de investeringen als voor de desinvesteringen. Instellingen zullen dus meer aandacht moeten geven aan waardebeoordeling. Omdat courante markten ontbreken, dient er specifieke expertise te worden opgebouwd (Gimmy en Baumbach, 1997).



### *Beheer (werk)kapitaal*

De financiering van kapitaal wordt in hoge mate gestructureerd door de wet- en regelgeving. De ruimte om naar alternatieve financieringsmogelijkheden op zoek te gaan is beperkt. Het is dan ook niet helemaal vreemd dat - zoals blijkt uit het health controlweb van PwC dat in de volgende paragraaf meer uitgebreid wordt toegelicht - juist de treasury-functie bij veel instellingen onderontwikkeld is. Overigens heeft de invoering van de DBC-facturering al wel geleid tot meer aandacht voor het werkkapitaalbeheer en de liquiditeit. Deze functie zal echter nog sterker aan belang winnen en dit betekent dat instellingen moeten investeren om de daarvoor benodigde expertise of zelf in huis te halen of in te kopen.

Treasury omvat alle activiteiten die zich richten op het sturen en beheersen van, het verantwoorden over en het toezicht houden op de financiële vermogenswaarden, de financiële stromen, de financiële posities en de hieraan verbonden risico's. Het kader voor deze activiteiten kan worden vastgelegd in een Treasury statuut. In zo'n statuut kunnen de uitgangspunten van het financierings- en beleggingsbeleid en de randvoorwaarden voor financieringen, beleggingen en risicoafdekkingen worden beschreven. Belangrijke aspecten die daarbij aan de orde komen zijn: liquiditeitsplanning, efficiënt betalingsverkeer, passende financieringen, rente- en valutarisico's en vastgoedportefeuille.

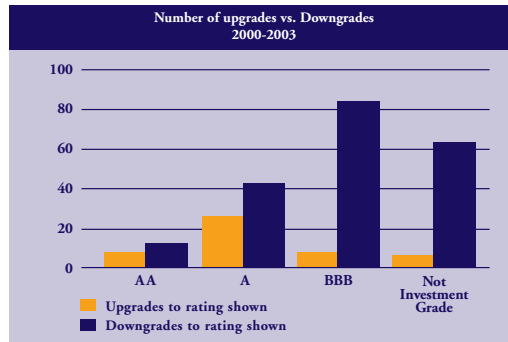
Een beter werkkapitaalmanagement kan ook tot veel voordelen voor de zorginstellingen leiden. Het gaat dan om de wenselijke hoeveelheid kasgeld, courante effecten en liquide beleggingen. Het debiteuren- en voorraadbeheer en de benutting van diverse vormen van kort krediet (leverancierskrediet en bankenkrediet).

## Noten

- <sup>1</sup> Dit is een ruwe schatting. Het Waarborgfonds borgde op 31 december 2004 € 4,264 miljard aan langlopende leningen (restschuld). Aangezien de deelnemersgraad van het Waarborgfonds circa 40% bedraagt en niet alle leningen van de deelnemers ook daadwerkelijk geborgd zijn, kunnen we een hele ruwe schatting maken dat het om minimaal € 10 miljard gaat.
- <sup>2</sup> Het rendement hierop is beperkt. Dit komt door de beperkte omvang van de vermogensposities die bovendien risicomijdend worden belegd. Verreweg de meeste instellingen beschikken bijvoorbeeld niet over beleggingen in effecten.
- <sup>3</sup> In 2005 wordt er in ons land naar schatting circa € 285 miljoen charitatief gedoneerd aan de gezondheidszorg. Deze donaties worden veelal aangewend voor investeringen, zoals bijvoorbeeld de Ronald McDonald Huizen en uitgaven voor onderzoek. We moeten ons daarbij ook realiseren dat sommige instellingen door hun takenpakket veel beter scoren dan andere. Met name academische ziekenhuizen en kinderiekenhuizen hebben een betere toegang tot filantropische middelen.
- <sup>4</sup> Uitzonderingen zijn de kosten voor apparatuur en inventaris die rechtstreeks in de budgetten worden opgenomen. Dit is met name voor de ziekenhuissector niet onbelangrijk. Instellingen moeten hun kapitaalbehoefte hier dus in beginsel zelf managen onder een budgetplafond. Wel zijn er weer regels omtrent de vergoeding van het acceptabele niveau van werkkapitaal en de vergoeding hiervoor.
- <sup>5</sup> Onderzoek van Fitch over een periode van twintig jaar leidde tot een *default ratio* van 2,62% voor de zorgsector. Dit was hoger dan het gemiddelde van 1,49% voor alle *municipal bonds*, maar het risico bij ziekenhuisobligaties lag hier fors onder, namelijk 0,63% (HMFA, 2004c).
- <sup>6</sup> Bij investeringen in vastgoed speelt dat bij persoonlijk eigendom geen vennootschapsbelasting bij verkoop hoeft te worden afgedragen. Hierdoor is het voor beleggers zonder fiscale compensatie niet altijd aantrekkelijk om indirect in vastgoed te beleggen. *REIT's* zijn constructies die de fiscale verschillen tussen direct en indirect eigendom egaliseren.
- <sup>7</sup> De ratingbureaus kijken daarbij in ieder geval naar de marge, de liquiditeit en de sterkte van de balans. Ziekenhuizen in de hoogste categorie (AA en hoger) moeten in de regel in ieder geval een operationele marge hebben van meer dan 2 procent, moeten voldoende kasgeld hebben voor ongeveer 200 dagen bedrijfsvoering en een schuldpositie hebben van ongeveer 30% van de totale kapitalisatie.

In Nederland spelen rating agencies nog niet zo'n belangrijke rol voor de meeste bedrijven en organisaties. Wel hebben banken eigen beoordelingscriteria om het risicoprofiel en de opslag te bepalen.

8



Data from Standard & Poor's, 2004

9

Circa dertig procent van de aanvragen is de afgelopen jaren afgewezen. Indien dit representatief is voor alle niet-deelnemers dan heeft bijna twintig procent van de instellingen een te zwak financieel beheer. Dit percentage zal iets kunnen toenemen doordat de criteria worden aangescherpt. Ruwweg een kwart van de instellingen bevindt zich dan in een gevarezone voor wat betreft de toegang tot het Waarborgfonds.

10

Hiermee wordt bedoeld dat de nieuwe investeringen hoger of juist lager zijn dan de afschrijvingen op de bestaande activa. Een index van 1 geeft aan dat de som van de nieuwe investeringen gelijk is aan de afschrijvingen. In 2001 had 59% van de ziekenhuizen een index van meer dan 1. Binnen deze groep was de kapitaalaccumulatie het hoogst in de rurale gebieden (3,44), bij kleine instellingen met minder dan 100 bedden (3,70) en instellingen die bij een kerkgenootschap hoorden (4,29). Deze instellingen kenmerkten zich ook door positieve marges en goede toegang tot kapitaal. De negatieve accumulatie van kapitaal was in het algemeen aanzienlijk (0,64).

11

In een recent onderzoek onder ziekenhuizen in de Verenigde Staten blijkt dat de kleine rurale ziekenhuizen relatief veel grotere investeringsplannen hebben dan de grote ziekenhuizen in de steden. Dit komt omdat deze opereren in een minder competitieve omgeving en omdat zij de status van *critical access* hospital kunnen krijgen, waardoor zij hun kapitaal grotendeels op basis van *cost-based reimbursement* kunnen financieren in plaats van met normatieve kapitaallastentarieven. Non-profit ziekenhuizen gaven ook aan veel meer te zullen investeren dan for-profit ziekenhuizen (HMFA, 2004b). Dit heeft waarschijnlijk te maken met de kosten voor kapitaal die hoger zijn voor de commerciële ziekenhuizen, zonder toegang tot de *tax-exempt bond* markt. In de rendementsanalyse spelen financiële indicatoren ook een meer doorslaggevendere rol.

- <sup>12</sup> Dit komt omdat enerzijds de bouwexplosie tijdens de opbouwfase van de verzorgingsstaat en het hoogtepunt van de verzuiling is afgerond en anderzijds de steeds kortere opnameduur in de curatieve zorg en de vermaatschappelijking in de AWBZ tot andersoortige investeringen leidt.
- <sup>13</sup> Rentabiliteit bestaat uit het bedrijfsresultaat gedeeld door de omzet; Solvabiliteit is gedefinieerd als het eigen vermogen (excl. voorzieningen en egalisatierekeningen) gedeeld door de omzet. Het werkkapitaal bestaat uit de vlottende activa gedeeld door de vlottende passiva. De spreiding bestaat uit de gekwadrateerde afstand tot het gemiddelde. Hoe kleiner deze is, hoe minder spreiding er in de populatie bestaat.
- <sup>14</sup> Dit is een obligatie waarvan de te vergoeden rente wordt gekoppeld aan nader te bepalen (financiële) prestaties van de instelling.

## Bijlage 1

### De toekomstige behoefte aan kapitaal

Er zijn verschillende factoren die de toekomstige behoefte aan kapitaal beïnvloeden. Het instellingsmanagement moet deze factoren identificeren en hierop een visie ontwikkelen, die zich uiteindelijk vertaalt in een meerjarig investeringsplan. Zij kan hiervoor gebruik maken van een scorecard (HMFA, 2004b).

Fictieve scorecard kapitaalbehoefte									
	bevolkings- groei	Groei 65+-ers (t+5)	Leeftijd gebouwen	Boek- vervangings- waarde (%)	Behoeft app. en inventaris	Mate kapitaal- accumula- tie (t-5)	Investerings- beh. arts	IT investering ( t-5)	Gezond- heidsstatus (0-100)
Nationaal	3,5%	3,3%	18 jaar	35%	2,3%	0,9	5%	2,1%	50
Instelling	1,1%	3,8%	9 jaar	16%	2,8%	1,3	7%	1,8%	83

Bron: HMFA, 2004b bewerkt

#### Staat van de infrastructuur

De staat van de infrastructuur verslechterd als de waarde van het kapitaal sneller verminderd dan de kapitaalsaccumulatie van nieuwe investeringen. Een vuistregel op nationaal niveau hiervoor is dat de leeftijd van de gebouwen oploopt. Dit is echter een vuistregel waarmee het instellingsmanagement niet goed uit de voeten kan. Op het niveau van de individuele instelling krijgt de staat van de infrastructuur vooral betekenis door de individuele omvang van de boekwaardeproblematiek. Het feit dat de boekwaarde aanmerkelijk hoger is dan de economische waarde, vormt waarschijnlijk een indicator voor de toekomstige behoefte aan investeringen.

#### Bevolkingsgroei

De bevolkingsgroei is een belangrijke determinant voor de toekomstige behoefte aan uitbreidingsbouw, vooral indien er al wordt gewerkt met hoge bezettingsgraden zoals in de ouderenzorg en de zorg voor verstandelijk gehandicapten. De groei van het aantal ouderen is daarbij weer van groter belang dan het aantal ouderen. Vooral bij deze groep is de zorgintensiteit de afgelopen decennia sterk toegenomen (RIVM, 2005).

#### Epidemiologische en volksgezondheidstrends

Belangrijker, maar ook moeilijker identificeerbaar dan de bevolkingsgroei, zijn de epidemiologische en volksgezondheidstrends. Indien de gezondheidstoestand van de mensen toeneemt, zal het beroep op zorgvoorzieningen minder zijn dan als de gezondheidstoestand verslechterd.

Het is belangrijk om daarbij in de gaten te houden dat een stijgende levensverwachting niet betekent dat de gezondheidstoestand ook toeneemt. In tegendeel, veel van de extra levensjaren worden doorgebracht in een slechte gezondheidstoestand, met een aanmerkelijk beroep op de zorgvoorzieningen. Sommige belangrijke epidemiologische trends hangen samen met de stijgende leeftijd (dementie), maar bij andere is dat niet het geval (depressie en obesitas). Veel trends hangen ook samen met slechte leefgewoonten zoals: roken, slecht eten, niet bewegen en onveilig rijden. Hierbij spelen op hun beurt sociaal-economische verschillen weer een rol.

#### **Investeringsvraag van artsen**

Artsen hebben kapitaal nodig om hun beroep te kunnen uitoefenen. Zonder praktijken, apparatuur en specifieke bouwkundige voorzieningen wordt het lastig om goede zorg te verlenen. Dit betekent dat de hoeveelheid werkzame artsen ook een relatie heeft met het noodzakelijke investeringsniveau. De relatie tussen artsen en kapitaalbehoefte is het meest sterk in de universitaire medische centra. Hier vormt de modernste apparatuur namelijk een belangrijke manier om de beste artsen aan te trekken.

#### **Historische kapitaaluitgaven**

Een cijfermatige waarheid is de inverse relatie tussen historische investeringen en de toekomstige investeringsbehoefte. We mogen verwachten dat als er in het recente verleden veel is geïnvesteerd, het toekomstig investeringsniveau zal dalen en omgekeerd. In een enquête onder financiële managers van Amerikaanse ziekenhuizen bleek dat zij in instellingen met een laag investeringsniveau (\$34.653 per bed) een vijftien procent toename in de kapitaalsuitgaven verwachten. Aan de andere verwachten de managers in instellingen met een hoog investeringsniveau (\$ 46.726) een daling van hun kapitaaluitgaven.

#### **IT-uitgaven**

IT-investeringen vormen een aparte categorie. Ze zijn van groot belang voor de kwaliteit van de zorg, de (patiënten)veiligheid en de productiviteit. Tegelijkertijd is het veelal lastig om de potentiële voordelen van de IT-investeringen ook daadwerkelijk te realiseren en zijn deze bovendien nogal eens onduidelijk. De kennis en vaardigheden hiervoor moeten dus ook wel aanwezig zijn of worden ingekocht. Het investeringsniveau in IT lijkt in vergelijking met andere dienstverlenende industrieën laag. IT-investeringen vormde de top drie in een onderzoek naar de geplande investeringen onder financiële managers (HMFA, 2004b). Het betrof: digitale radiologiesystemen (71,7%), elektronische patiëntendossiers (64,1%) en overige IT-systemen (61,3%).

## Bijlage 2

### Strategische planning

Investerings die strategisch niet deugen, dienen zo min mogelijk plaats te vinden. Daarmee staat ook het strategische vermogen van het management op de agenda. Eén van de manieren om te beoordelen of er voldoende strategisch vermogen bestaat bij het instellingsmanagement, is dat er wordt gebruik gemaakt van een min of meer logische strategische cyclus die tot de totstandkoming van concrete integrale beleidsplannen leidt. Steeds meer instellingen hebben zo'n een strategisch beleidsplan, hoewel er nog wel onderlinge verschillen in de kwaliteit bestaan.

Momenteel blijft een deel van de beleidsplannen nog teveel steken in een beschrijving of analyse van de eigen positie; de eerste stap in het proces van strategische planning. Idealiter moet zo'n strategische analyse van de eigen organisatie in ieder geval gestructureerde kwantitatieve en kwalitatieve informatie bevatten over de zorgvragers, de professionals en de prestaties van de instelling. Het laatste is het moeilijkst, maar ook kwantitatieve gegevens over de beleving van de zorgvrager ontbreken nogal eens.

In het verlengde van een interne analyse moet ook de marktomgeving van de zorginstelling worden bestudeerd. Hierbij kunnen we bijvoorbeeld denken aan data over het marktaandeel en de kapitaalvoorraad van de concurrentie. Een gefundeerde analyse van de toekomstige zorgvraag is eveneens van belang. Momenteel zijn de toekomstige productieafspraken met verzekeraars veelal nog sterk gerelateerd aan de huidige werkelijke productie. Een elementaire meerjarige demografische analyse van het adherentiegebied die geprojecteerd wordt op de huidige productie kan voor de middellangetermijn al heel verhelderend werken. Duidelijk wordt dan bijvoorbeeld of en in hoeverre een specialisme als de kindergeneeskunde moet plaatsmaken voor extra investeringen in de geriatrie.

Op basis van een gedegen strategische analyse kan het management vervolgens de mogelijkheden in kaart brengen. Nu gebeurt dat vaak nog omgekeerd. We mogen verwachten dat de huidige neiging om bij de middelenverdeling te leunen op de status quo en bij een eventuele fusie automatisch te neigen naar de dichtstbijzijnde instelling dan zal afnemen.

Indien de strategische keuzen zijn gemaakt, moeten de daarvoor benodigde investeringen worden toegewezen. Dit vormt bij veel instellingen nog een zwakke schakel omdat het strategisch beleid nog vaak los staat van

de begrotingscyclus. Er zijn verschillende manieren om de allocatie van kapitaalinvesteringen aan de strategische doelstellingen beter te structureren. Binnen het investeringsbudget kan er een onderscheid worden gemaakt tussen instandhoudingsinvesteringen, compliance-investeringen, kostenbesparende en strategische investeringen. Een andere mogelijke indeling is die tussen kleine en grote investeringen, IT-investeringen en strategischmiddelen. Bij elk van die categorieën kunnen er aparte procedures gelden.

Het is vervolgens erg belangrijk dat bij de besluitvorming over een investering ook de opbrengsten structureel in kaart worden gebracht. In de zorg is dit vaak lastig omdat veel opbrengsten niet goed te kwantificeren zijn. Het is dan ook belangrijk dat hiervoor adequate alternatieve criteria worden ontwikkeld. Deze criteria kunnen worden voorzien van een eigen puntenwaardering. Op basis daarvan kan dan een definitieve keuze worden gemaakt. De onderstaande box geeft een voorbeeld van een aantal belangrijke criteria.

**Box: Kwantitatieve criteria investeringsbeslissingen in de gezondheidszorg**

- 1. Strategie/marktomgeving: consistentie met strategische doelstellingen, aansluiting met klinische- en zorgdoelstellingen en effect op marktpositie.**
- 2. Financieel/operationeel: inkomstengeneratie, exploitatie besparingen, ROI, omvang investering en impact op productiviteit.**
- 3. Stakeholder belangen: kwaliteit van zorg, effect op patiënttevredenheid, werknemer tevredenheid en steun van professionals.**

Bron: Johnson T.K., 2003



## Bijlage 3

### Marktgericht balansbeheer vormt geen keurslijf van harmonisatie

#### Financiële indicatoren Amerikaanse commerciële ziekenhuisketens

	Beurswaarde (\$ mrd)	Rendement eigen vermogen (%)	Verhouding lang vreemd vermogen versus eigen vermogen	Krediet- waardigheid (S&P)	Netto winstmarge %
Tenet	3,7	-76	3,5	B	-17,1
HCA	21,7	30,7	2,2	BB+	5,3
Life point	1,8	8,9	1,2	BB	4,4
Community	3,7	13,6	1,1	BB-	4,9
Triad	3,7	15,9	0,6	BB	4,3
HMA	5,1	15,1	0,5	A-	8,1
Universal	2,7	11,6	0,4	BBB	0,9

Bron: [www.yahoo.finance.com](http://www.yahoo.finance.com)

#### Financiële indicatoren Amerikaanse commerciële long term care facilities

	Beurswaarde (\$ mrd)	Rendement eigen vermogen (%)	Verhouding lang vreemd vermogen versus eigen vermogen	Krediet- waardigheid (S&P)	Netto winstmarge %
American	0,8	101	2,4		3,1
Extencicare	1,5	21,4	1,6	BB-	4,6
Beverly	1,4	29,1	1,5	BB-	3,8
Brookdale	2,1		1,0		-20,9
Manor care	3,3	18,3	0,9	BBB	3,7
Sunrise	1,5	7,8	0,4	BB-	2,4
Kindred	0,8	16,6	0,04		1,7

Bron: [www.yahoo.finance.com](http://www.yahoo.finance.com)

## Bijlage 4

### Literatuur

Alles, M., et al. Vastgoed op eigen benen: verzelfstandiging van de exploitatie van het vastgoed in de zorgsector (rapport iov IWZ). Amsterdam: RIGO Research en Advies BV, 2002.

Arcare, Steen der Wijzen. Nieuwe allianties voor keuzes in wonen en zorg, Utrecht 2003.

Bartels C.P. en M.C.M. van Schaik. Strategisch financieren in een geliberaliseerde zorgmarkt: lenen of leasen? In Handboek Financiële Bedrijfsvoering in de Zorg 22/59-66.

Brucknerberger E., Wettbewerb und Planung in Arnold M., J. Klauber and H. Schellenschmidt (eds.) Krankenhaus-Report 2002, Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb, Schattauer, Stuttgart 2003.

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

Ernst&Young, Health sciences. Meer aandacht voor corporate governance bij zorginstellingen: ziekenhuizen volgen trend bedrijfsleven, 2004.

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

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

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

Gimmy, A.E. en Ch. R. Baumbach. The analysis and valuation of health care enterprises, The Appraisal Institute, 1997.

Groot, prof. dr. L.M.J. Prijsvorming van Ziekenhuisdiensten, Roermond 1960.

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

Gupta Strategists. Van kapitaallasten naar kapitaallusten, Garanties uit het verleden bieden geen resultaat voor de toekomst, Gorinchem 2006.

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

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

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

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

HFMA/GE Healthcare Financial Services. Financing the future Report 5. How Are hospitals financing the future? What are the implications for providers regarding future capital need and supply? Westchester: HFMA/GE, 2004d.

HFMA/GE Healthcare Financial Services. Financing the future Report 6. How Are hospitals financing the future? What are the policy implications of future of capital need and supply. Westchester: HFMA/GE, 2004e.

HFMA/GE Healthcare Financial Services. Financing the future II Report 1. How Are hospitals financing the future? Seven Principles of best practice financial management, details key examples in financial planning and execution by leading healthcare organizations and corporations. Westchester: HFMA/GE, 2005a.

HFMA/GE Healthcare Financial Services. Financing the future II Report 2. How Are hospitals financing the future? Strategies for Effective Capital Structure Management, details strategic financial planning, as well as capital planning and allocation. Westchester: HFMA/GE, 2005b.

HFMA/GE Healthcare Financial Services. Financing the future II Report 3. How Are hospitals financing the future? Essentials of Integrated Strategic Financial Planning and Capital Allocation. Westchester: HFMA/GE, 2006a.

HFMA/GE Healthcare Financial Services. Financing the future II Report 4. How Are hospitals financing the future? Joint Ventures with Physicians and Other Partners. Westchester: HFMA/GE, 2006b.

Johnson, T.K. The capital challenge: needs versus resources, in healthcare financial management mei 2003, pp. 62-68.

Juffermans, P. Zorg en Staat, Nijmegen 1982.

Nationaal Ziekenhuisinstituut. Financiële statistiek 1971: ziekenhuizen, 1972.

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

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

Querido prof. dr. A. Godshuizen en Gasthuizen, Amsterdam 1960.

Prismant. Financiële statistieken; algemene ziekenhuizen, Utrecht 2005.

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

Roem C.R. The public's investment in hospitals, The University of Chicago Press, Chicago 1930.

Scheerder, R. Integrale Tarieven en Kapitaallasten in Tijdschrift Zorg&Financiering 2005 nr. 4, Bohn Stafleu van loghum, Houten.

Straaten, H.C. van, Eigen vermogen in de gezondheidszorg, vervangingswaarde, rente over eigen vermogen, verliesfinanciering in L.J. de Wolff (red.), De prijs voor gezondheid, Ambo/Baarn 1984.

Valk, J.A. Ziekenhuizen, Psychiatrische Inrichtingen, Sanatoria, Tehuizen: Organisatie en Administratie, Nederlandse Uitgeversmaatschappij, Leiden 1951.

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

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

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

Wilders, Y.M. Functiegerichte kostprijzen in de AWBZ, in In Handboek Financiële Bedrijfsvoering in de Zorg, 24:29-46, 2005.

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



# **Juridische en bestuurlijke aspecten van het beheer van zorgvastgoed**

Marina de Lint





## Inhoudsopgave

<b>Deel A: Concernvorming</b>	<b>75</b>	
<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>75</b>
<b>2</b>	<b>Algemeen kader concernvorming</b>	<b>77</b>
2.1	Vormen van samenwerking tussen zorginstelling en vastgoedeigenaar	77
2.2	Wat is een (zorg)concern?	79
2.3	Juridische en bestuurlijke vormgeving van een zorgconcern	83
<b>3</b>	<b>Motieven voor concernvorming</b>	<b>83</b>
<b>4</b>	<b>Algemeen kader concernvorming</b>	<b>86</b>
4.1	Care	86
4.2	Cure	88
<b>5</b>	<b>De andere kant van de medaille: concerngevaar</b>	<b>90</b>
<b>6</b>	<b>Toezicht op concernvorming in de gezondheidszorg</b>	<b>93</b>
<b>Deel B: Eigendom van zorgvastgoed: to have and to hold?</b>	<b>95</b>	
<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>95</b>
<b>2</b>	<b>Inperking van beschikkingsmacht en praktische consequenties</b>	<b>96</b>
<b>3</b>	<b>Inperking noodzakelijk?</b>	<b>97</b>
<b>4</b>	<b>Conclusie</b>	<b>100</b>
	Bijlagen	
1	Begrippen en definities rondom concernvorming	101
2	Samenvatting rapport Meersma	104
3	Literatuur	107



## Deel A: Concernvorming

### 1 Inleiding

Er zijn grofweg twee vormen van vastgoedbeheer in de (intramurale) gezondheidszorg: eigendom en huur. Eigendom is van oudsher de meest dominante vorm. Het beleid van de minister van VWS is er ook lange tijd op gericht geweest dat zorginstellingen beschikken over de volle eigendom van hun activa.

Het lijkt echter reëel te verwachten dat eigendom als gevolg van het nieuwe kapitaallastenbeleid in de toekomst niet langer vanzelfsprekend zal zijn. Implementatie van de kapitaallastenbrief legt de verantwoordelijkheid voor het vastgoed immers neer bij de zorginstellingen. Dat biedt kansen, maar brengt ook risico's met zich mee. Kansen omdat het mogelijkheden biedt om het vastgoed in te zetten als strategisch bedrijfsmiddel; risico's omdat de instellingen het financiële risico daarvan geheel zelf moeten dragen. Dat risico neemt bovendien toe, niet alleen omdat de vergoeding voor kapitaallasten productieafhankelijk wordt, maar vooral omdat de contracterplicht met de komst van het nieuwe zorgstelsel is afgeschaft.

Zorginstellingen zullen in het licht van dit (eind)perspectief zoeken naar wegen om de kansen te benutten en de risico's te minimaliseren. Voor dit laatste is het afstoten van vastgoed en vervolgens (terug)huren daarvan een geëigende – en in de caresector reeds veel toegepaste – manier, die aan belang zal winnen. Binnen het huidige bekostigingssysteem is aan het huren voor de zorginstelling immers nauwelijks financieel risico verbonden. Weliswaar zal dit risico toenemen wanneer de vergoeding voor kapitaallasten (waaruit de instelling de huurprijs moet voldoen) productieafhankelijk wordt en er dus een leegstandsrisico ontstaat, maar het totale financiële risico blijft ook dan lager dan wanneer de instelling het vastgoed in eigendom heeft. In de caresector kan het leegstandsrisico bovendien in hoge mate worden ondervangen doordat het in toenemende mate de cliënt zelf is die huurt en niet de zorginstelling.

Hier staat echter tegenover dat de zorginstelling die het benodigde vastgoed huurt nauwelijks (formeel) zeggenschap heeft over dat vastgoed. En die zeggenschap is belangrijk voor instellingen. Op hen rust immers de verplichting om verantwoorde zorg te leveren en dat betekent dat zij invloed moeten kunnen uitoefenen op de kwaliteit van het vastgoed en de infrastructuur die zij daarvoor aanwenden. Weliswaar kunnen afspraken omtrent de kwaliteit, onderhoud en innovatie worden vastgelegd in de huurovereenkomst, maar die mogelijkheid is afhankelijk van de

bereidheid daartoe van de vastgoedeigenaar. Bovendien is er, bij het verder doorvoeren van het scheiden van wonen en zorg in de caresector, geen huurovereenkomst (meer) tussen de zorginstelling en de vastgoedeigenaar/verhuurder.

Door het zorgvastgoed onder te brengen in een aparte rechtspersoon en deze vervolgens in te bedden in een holdingconstructie (concernvorming) kan aan beide wensen - minimaliseren of spreiden van het financiële risico en behoud van zeggenschap - tegemoet gekomen worden. Concernvorming in deze zin kan tevens het antwoord van de sector zijn op het schrikbeeld van schaalvergroting door middel van juridische fusies of overnames. Daarom staat in deze achtergrondstudie concernvorming centraal. Met deze studie wordt beoogd handreikingen te bieden aan bestuurders van instellingen, die behulpzaam kunnen zijn bij het maken van keuzes ten aanzien van het vastgoedbeheer.

### **Leeswijzer**

Achtereenvolgens komen in deze studie de volgende aspecten van concernvorming aan de orde:

- Hoofdstuk 2 beschrijft het algemene kader voor concernvorming. Daarin wordt allereerst ingegaan op de overeenkomst als instrument waarmee de samenwerking tussen zorginstelling en vastgoedeigenaar gestalte kan worden gegeven en de mogelijke bezwaren die daaraan kleven. Vervolgens wordt concernvorming gepresenteerd als mogelijk alternatief. Daarbij wordt aandacht besteed aan vragen als: wat is een (zorg)concern en hoe wordt daaraan juridisch en bestuurlijk vorm en inhoud gegeven?
- In hoofdstuk 3 geven we een overzicht van motieven die aan concernvorming ten grondslag liggen. Daaruit wordt duidelijk dat risicospreiding weliswaar een belangrijk motief is, maar zeker niet het enige.
- Dat concernvorming in de praktijk van de (intramurale) gezondheidszorg reeds ingang vindt wordt geïllustreerd in hoofdstuk 4, aan de hand van voorbeelden en ontwikkelingen in zowel de care- als in de curesector.
- Hoofdstuk 5 toont ook de andere kant van de medaille: concernvorming biedt niet alleen voordelen, maar bergt ook gevaren in zich.
- Tenslotte besteedt hoofdstuk 6 aandacht aan het toezicht op - of liever gezegd: de verantwoording over - concernverhoudingen.

## 2 Algemeen kader concernvorming

### 2.1 Vormen van samenwerking tussen zorginstelling en vastgoedeigenaar

Als een zorginstelling het vastgoed afstoot en vervolgens huurt heeft ze vaak behoefte aan een vorm van samenwerking met de vastgoedeigenaar. Dit geldt zeker voor de care, waar de raakvlakken tussen wonen en zorg groot zijn en waar het in toenemende mate de cliënt zelf is die huurt en er dus geen huurovereenkomst tussen zorginstelling en vastgoedeigenaar-verhuurder bestaat. Met het toenemen van financiële risico's voor zorginstellingen zal het afstoten van vastgoed en (terug) huren ook in de cure (meer) opgeld kunnen doen. Ook dan ligt een vorm van samenwerking met de vastgoedeigenaar-verhuurder voor de hand, omdat het vastgoed functioneel moet zijn en blijven voor het primaire proces, zorg verlenen.

Samenwerking kan verschillende vormen aannemen. Zo kan de samenwerking tussen zorginstelling en vastgoedeigenaar contractueel worden vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst, waarin partijen hun onderlinge rechtsverhouding regelen. In de overeenkomst kunnen afspraken worden vastgelegd over gezamenlijke doelstellingen en activiteiten om deze te bereiken. Zo kan daarin worden vastgelegd dat in het kader van nieuwbouwprojecten een gezamenlijke projectorganisatie wordt gevormd, die de nieuwbouw voorbereidt en daartoe verschillende bevoegdheden krijgt. Eenzelfde ontwikkeling doet zich voor bij zorginstellingen die gezamenlijk nieuwe (zorg)activiteiten willen ontwikkelen.

In dit geval is er geen sprake van een juridisch zelfstandige entiteit waarin het samenwerkingsverband en de gemeenschappelijke (zorg)activiteiten worden geïnstitutionaliseerd. De zorginstelling en de samenwerkingspartner blijven ieder onder eigen verantwoordelijkheid hun primaire (zorg)activiteiten verrichten, maar stemmen hun werkzaamheden op een bepaald deelgebied waarop zij samenwerken zorgvuldig op elkaar af. Voordelen hiervan zijn vooral gelegen in de vrijheid van inrichting van een dergelijk samenwerkingsverband, dat zoveel mogelijk op de specifieke wensen van de participanten kan worden toegesneden. Daarnaast kunnen eventuele revenuen rechtstreeks toekomen aan de deelnemende partijen.

De keerzijde hiervan en dus ook een belangrijk bezwaar van het ontbreken van rechtspersoonlijkheid van het samenwerkingsverband vormt het exploitatierisico, dat uiteindelijk zowel bij de zorginstelling als bij de samenwerkingspartner berust. Partijen zijn dan ook rechtstreeks (hoofdelijk) aansprakelijk jegens de wederpartij voor de schulden van het samenwerkingsverband. Ook kleeft aan een dergelijk samenwerkingsverband onzekerheid over de continuïteit van de samenwerking, die immers

afhankelijk is van de visie van de zittende bestuurders van betrokken partijen.

Een alternatief dat deze bezwaren kan wegnemen is dat de zorginstelling met de beoogde samenwerkingspartner een holdingconstructie opzet. Dat kan met een bestaande partner, maar het is ook mogelijk dat de zorginstelling zelf een aparte rechtspersoon opricht en daarin haar vastgoed onderbrengt. We spreken dan in beide gevallen over groeps- of concernvorming.

## **2.2 Wat is een (zorg)concern?**

Van een groep of concern is sprake wanneer een aantal juridisch zelfstandige ondernemingen organisatorisch is verbonden in een economische eenheid (zie bijlage 1 voor nadere begrippen rondom groepsvorming). Twee elementen zijn dus van belang: ‘economische eenheid’ en ‘organisatorische verbondenheid’. Organisatorische verbondenheid voert niet tot economische eenheid zonder centrale leiding. Centrale leiding wordt daarom meestal in de literatuur als derde – en tevens meest belangrijke – element van het groepsbegrip genoemd.

Aan het hoofd van een groep staat de holding, ook wel moedermaatschappij genoemd. De term holding kan eigenlijk niet gebruikt worden in de gezondheidszorg. Deze term verwijst naar het bedrijfsleven. Een holding (houdstermaatschappij) is de houdster van de aandelen (meestal 100%) van een aantal werkmaatschappijen, die doorgaans wel een eigen rechtspersoon zijn in de vorm van een BV of NV. Door het houden van die aandelen heeft de houdstermaatschappij financiële en juridische zeggenschap over de werkmaatschappijen en legt de directie van die werkmaatschappijen dus ook formeel verantwoording af aan het bestuur van de holding. Door het houden van die aandelen zijn er ook financiële banden tussen de werkmaatschappijen en de moeder en is er sprake van een economische en soms ook van een fiscale eenheid.

De situatie in de gezondheidszorg is (vooralsnog) wezenlijk anders dan die in het bedrijfsleven. De meeste zorginstellingen hebben als rechtsvorm de stichting. Een stichting wordt geleid door bestuursorganen (Raad van Bestuur en Raad van Toezicht) die volledige zeggenschap hebben over de stichting en binnen het stichtingsverband aan niemand verantwoording behoeven af te leggen. Een stichting heeft namelijk geen aandeelhouders die op grond van hun eigendom rechten hebben en waaraan bestuursorganen verantwoording moeten afleggen. Als dus in de gezondheidszorg tot concernvorming wordt overgegaan dan kan dit niet in de vorm van overdracht van aandelen. De zeggenschap moet op andere wijze tot stand gebracht worden. Daarover gaat de volgende paragraaf.

Al met al laat een (gezondheidszorg)concern zich omschrijven als een samenwerkingsverband van meerdere rechtspersonen, waarin één centraal gezag tot stand is gebracht in de vorm van een overkoepelende rechtspersoon (doorgaans een stichting). Deze zogenoemde moederstichting bepaalt het strategisch beleid van het hele concern en ziet toe op de uitvoering daarvan in de dochters. Daarmee verliezen de onderliggende rechtspersonen grotendeels hun bestuurlijke zelfstandigheid, maar niet hun juridische zelfstandigheid. Het blijven juridisch zelfstandige entiteiten en de vermogens en financieringsstromen van deze stichtingen en BV's blijven gescheiden.

### **2.3 Juridische en bestuurlijke vormgeving van een zorgconcern**

Zoals gezegd kan concernvorming plaatsvinden tussen een zorginstelling en een (of meer) andere reeds bestaande rechtspersoon. De situatie die we hier echter op het oog hebben is die waarin een zorginstelling zelf een nieuwe rechtspersoon in het leven roept en daarin haar vastgoed onderbrengt. Om tussen deze beide zelfstandige rechtspersonen een hecht samenwerkingsverband te bewerkstelligen moet centrale leiding worden gecreëerd. Dat kan in deze situatie op twee manieren plaatsvinden:

- a. door oprichting van een dochtermaatschappij die gaat optreden als nieuwe werkmaatschappij, terwijl de eerste rechtspersoon holding wordt. In dit geval treedt de huidige stichting van de zorginstelling zelf op als overkoepelende (moeder)stichting en stuurt naast de reguliere zorgactiviteiten één of meerdere dochterstichtingen en/of –vennootschappen aan, waaronder de onroerend goed-BV (of stichting). De bestuurlijke inrichting van de moeder kan worden gebaseerd op het Raad van Toezicht model, waarbij het bestuur door de leden van de huidige Raad van Bestuur van de zorginstelling wordt gevormd en het toezicht door de leden van de huidige Raad van Toezicht van de instelling zal worden uitgeoefend (personele unie). Deze RvT en RvB worden dan als het ware een groepsraad van toezicht en een groepsbestuur die als zodanig ook uitdrukkelijk belast zijn met het toezicht en bestuur van de gehele groep en al haar instellingen of ondernemingen. Wat de interne organisatiestructuur van de diverse dochters betreft kan in deze variant worden volstaan met een eenvoudig bestuursmodel met slechts het wettelijk voorgeschreven bestuursorgaan (directie, management, bestuur) dat uit één of meer bestuursleden of directeuren bestaat die door de RvB of RvT van de moeder worden benoemd en ontslagen en waarvan ook één of meerdere leden van de RvB van de moeder deel uit kunnen maken (personele unie). Deze keuze impliceert een ‘intensivering’

van de bestuurlijke en toezichhoudende functies met een verdergaande verantwoordelijkheid en aansprakelijkheidsconsequenties. Vooral door het incorporeren van commerciële rechtspersonen kan voor wat betreft deze activiteiten het verscherpte aansprakelijkheidsregime voor bestuurders en toezichthouders van BV's gaan gelden.

- b. door oprichting van een nieuwe holding, waarbij de zorginstelling één van de werkmaatschappijen blijft, naast de onroerendgoed BV (of stichting). In deze variant wordt een nieuwe overkoepelende rechtspersoon opgericht, die zelf als zodanig geen instelling exploiteert maar (vrijwel) uitsluitend ten behoeve van het toezicht en bestuur van het concern fungeert (beheersstichting). Bij deze bestuurlijke variant wordt de moeder statutair benoemd tot bestuurder of directeur van de respectievelijke dochters. Er is dan sprake van een zogenoemde rechtspersoon-bestuurder, die als zodanig het wettelijke bestuur van de groepsverbonden stichtingen en kapitaalvenootschappen vormt en daartoe in de statuten van de dochter wordt benoemd. Formeel wordt de bestuursfunctie in de dochters derhalve niet uitgeoefend door leden van de RvB van de moeder, maar door de moeder zelf, die daartoe dan natuurlijk wel vertegenwoordigd moet worden door de natuurlijke personen die lid zijn van het bestuur van de holding. Deze personen die dus feitelijk de bestuursfunctie bij de dochters vervullen worden ook wel 'tweedegraadsbestuurders' genoemd.

De figuur van de rechtspersoon-bestuurder kan tot gecompliceerde juridische vragen aanleiding geven. Zo leidt deze juridische constructie tot de situatie dat de personen die het bestuur vormen van de dochter rapporteren aan de moeder, aan henzelf derhalve. Dit is geen probleem zolang de belangen van de dochters parallel lopen. Anders wordt het wanneer er tegengestelde belangen zijn. Toch wordt aan deze constructie in de praktijk de voorkeur gegeven, vanwege met name de stabiliteit en continuïteit van de constructie, terwijl hiermee bovendien ook (statutair) een bijzonder hechte concernstructuur tot stand kan worden gebracht. De continuïteit van het bestuur van de respectievelijke dochters en van het concernverband is hier formeel immers altijd gewaarborgd en niet afhankelijk van de lotgevallen van natuurlijke personen (die deel uitmaken van de RvB van de moeder). Daarnaast kan aldus binnen een zorgconcern statutair een vergaande taak- en functieverdeling op bestuurlijk gebied worden gerealiseerd en kan worden volstaan met uiterst summiere statuten van de dochters. Het is (uiteindelijk) wel nodig om in de statuten van de moeder of anderszins de categorie bestuursbesluiten die voorafgaande goedkeuring van de RvT behoeven, expliciet uit te breiden tot de vergelijkbare (rechts)handelingen die tweedegraadsbestuurders in de dochters verrichten, om te voorkomen dat deze besluiten aan de controle van de RvT worden onttrokken. Omdat vooralsnog slechts een enkele



activiteit ondergebracht zal worden in een andere rechtspersoon dan de zorginstelling kan voor de nabije toekomst meestal worden volstaan met bovengenoemde constructie van rechtspersoon-bestuurder, zonder nadere uitwerking van verdeling van bevoegdheden.

Om een gezondheidszorgconcern tot stand te brengen moet een aantal juridische regelingen getroffen worden. Er komt immers een nieuwe stichting bij die de samenwerking op strategisch niveau gestalte moet geven. Er moet dus een juridische vorm gevonden worden om het verband tussen de verschillende rechtspersonen vast te leggen en om de 'bovenschikking' te regelen van de moeder ten opzichte van de bestaande rechtspersonen. Zoals eerder opgemerkt kan dit niet door middel van overdracht van aandelen. Het kan wel door de statuten van de bestaande rechtspersonen te wijzigen en voor de moederstichting statuten op te stellen. De overdracht van bestuurlijke bevoegdheden van de dochters naar de moeder moet in de statuten van beide worden vastgelegd.

Statutaire bepalingen die wijzen op 'bovenschikking' van de moeder ten opzichte van de werkmaatschappij(en) - en dus op 'afhankelijkheid' van de werkmaatschappij(en) - kunnen de volgende elementen bevatten:

- a. het doel van de werkmaatschappij is afgestemd op het doel van de moeder;
- b. invloed van de moeder op de samenstelling van het bestuur van de werkmaatschappij;
- c. invloed van de moeder binnen de werkmaatschappij door middel van toezicht;
- d. bevoegdheden van de moeder met betrekking tot wijziging van de statuten van de werkmaatschappij;
- e. bevoegdheden van de moeder met betrekking tot ontbinding fusie of omzetting van de werkmaatschappij;
- f. bevoegdheden van de moeder met betrekking tot de bestemming van het liquidatiesaldo van de werkmaatschappij;
- g. invloed van de moeder door middel van een instructierecht of -bevoegdheid;
- h. invloed door middel van een te realiseren rekening- en verantwoordingsplicht van het bestuur van de werkmaatschappij.

Naast statutaire bepalingen kan een groepsband ook worden gecreëerd of versterkt door middel van daartoe strekkende overeenkomsten (zoals een beheersovereenkomst) en personele unies. Een personele unie wil in beginsel niet meer zeggen dan dat het bestuur van de ene organisatie bestaat uit dezelfde personen als het bestuur van een andere organisatie. Een personele unie kan zich ook uitstrekken over de Raad van Toezicht of Raad van Commissarissen of bijvoorbeeld het management. Dat kan geregeld worden zonder dat ergens vast te leggen. Maar aangezien het vrijwel altijd de bedoeling is om de desbetreffende organisaties met een-

zelfde visie te besturen, is het verstandig om dit wel vast te leggen. De meest aangewezen vorm om dit te regelen is in de statuten van de verbonden organisaties.

Er is met andere woorden niet een eenduidige vorm voor een concern in de gezondheidszorg. Hoe het concern vorm krijgt hangt af van de doelen die ermee beoogd worden. Er bestaan 'lichte' concerns, waarbij alleen de hoofdlijnen van strategie in de moederstichting zijn ondergebracht en er zijn 'zware' concerns, waarbij nagenoeg alle bestuurlijke verantwoordelijkheden en bevoegdheden bij de moeder stichting zijn ondergebracht en de dochters uitsluitend uitvoerend zijn. Er is een breed scala van vormen tussen beide uitersten denkbaar.

### 3 Motieven voor concernvorming

Hoewel concernvorming zoals we die hier op het oog hebben vooral lijkt te worden ingegeven door de behoefte om de financiële risico's van het nieuwe kapitaallastenbeleid te kunnen mitigeren, zijn er daarnaast nog vele andere motieven denkbaar om tot concernvorming over te gaan. We zetten de meest relevante op een rij.

#### **Bedrijfseconomische motieven**

Een belangrijk motief voor concernvorming is gelegen in de wens een strategische positie in een bepaalde bedrijfskolom te verkrijgen door het uitschakelen van concurrenten. Aaneensluiting van bedrijven kan ook worden verklaard door middel van de transactiekostentheorie: de coördinatie binnen een groep kan onder omstandigheden efficiënter en dus voordeliger zijn dan langs de weg van het marktmechanisme. Aldus kunnen door concernvorming en concentratie belangrijke schaalvoordelen c.q. synergetische effecten worden verkregen. Voorbeelden daarvan zijn bundeling van kennis, kunde en ervaring, ruimere mogelijkheden tot arbeidsverdeling, het wegvallen van doublures in productie en research, etc.

Tot deze schaalvoordelen behoort ook de mogelijkheid om voor het concern als geheel een kredietarrangement met de bank te sluiten. De onderhandelingen over nieuw krediet vinden centraal plaats waardoor de positie van het concern als zodanig tegenover de kredietinstellingen sterker is dan bij apart optreden van elke dochter, hetgeen zich zal uiten in een lager rentetarief en aantrekkelijker voorwaarden. Bovendien vergemakkelijkt het feit dat de holding optreedt als vertegenwoordiger van het gehele concern een eventueel beroep op de (buitenlandse) kapitaalmarkt.

Een belangrijk schaalvoordeel vormt ook de facilititeit van rente- en saldo-compensatie op de uitstaande debet- en creditgelden van de verschillende concernvennootschappen. De rekeningen van de dochter worden dan beschouwd als afgeleide van de hoofdrekening van de moedervenootschap; in de ogen van de bank bestaat er één rekening waardoor per saldo minder rente verschuldigd is door het concern als geheel.

Ook biedt het concernoptreden in deze, mede door het feit dat sterke vennootschappen zich hoofdelijk aansprakelijk kunnen stellen voor de schulden van hun zwakkere zusters, aan de laatste de mogelijkheid om nog krediet te krijgen. Sterk vergelijkbaar met deze voordelen bij kredietverlening zijn die welke het gevolg zijn van het afsluiten van een schadeverzekering met een zogeheten concerndekking. Dat biedt voordelen van vereenvoudigde administratie, afwezigheid van conditieverschillen per concernonderdeel, concernkorting etc. Zo'n buffer biedt een onderneming vaak de mogelijkheid tot overleving of tot gefaseerde/geleidelijke

afbouw van activiteiten waar dit buiten concernverband tot faillissement zou hebben geleid of tot verspilling van middelen.

#### **Fiscale motieven**

Groepsvorming kan ook fiscale voordelen bieden. Zo kan een groep een fiscale eenheid vormen, waardoor de verschillende groepsmaatschappijen van een concern door de fiscus worden behandeld als een eenheid met het oog op de heffing van vennootschapsbelasting en/of omzetbelasting. Daarnaast biedt groepsvorming mogelijkheden tot deelnemingsvrijstellingen, die bedoeld zijn om dubbele belastingheffing te voorkomen.

#### **Organisatorische motieven**

Concernvorming kan ook (mede) worden ingegeven door organisatorische motieven, zoals de wens om de gelede organisatie van de onderneming zoveel mogelijk in haar juridische structuur tot uitdrukking te brengen. Een dergelijke samenvatting van juridische en organisatorische structuur wordt geacht de helderheid en inzichtelijkheid van de onderneming te bevorderen. Dit motief speelt vooral bij organisaties die opereren in een publiek bestel en daarnaast private (commerciële) activiteiten willen ondernemen. Vergelijk de huidige discussie rondom woningcorporaties, waarin wordt aangedrongen op het onderbrengen van de commerciële (neven)activiteiten van corporaties in aparte rechtspersonen.

Tot de organisatorische motieven wordt ook gerekend de mogelijkheid om vrijgesteld te worden van de verplichting tot inrichting en publicatie van de jaarrekening door een dochter indien haar gegevens worden opgenomen in een geconsolideerde jaarrekening en de consoliderende rechtspersoon zich aansprakelijk stelt voor haar uit rechtshandelingen voortvloeiende schulden.

#### **Risico- en aansprakelijkheidsmotieven**

Het beperken en kanaliseren van aansprakelijkheid wordt van oudsher onderkend als een motief om een onderneming vorm te geven met behulp van meerdere rechtspersonen. Door de onderneming op te delen in verscheidene juridische eenheden wordt de aansprakelijkheid als het ware gekanaliseerd over evenzovele verhaalssegmenten. In wezen betreft het concern een antwoord vanuit het recht op een appel van de markt om vorm te geven aan grotere economische verbanden, waarmee (nog) meer risico's omvattende projecten kunnen worden uitgevoerd, zonder dat het mislukken van één project tot de ondergang van de gehele onderneming leidt.

Het gaat hierbij veelal om spreiding van (ondernemings)activiteiten. Het kan echter ook gaan om spreiding van vermogensbestanddelen. Zo komt het voor dat een moederstichting bepaalde vermogensbestanddelen

afzondert in een aparte stichting (zogenoemde parkeerstichting) om te voorkomen dat deze in de toekomst kunnen dienen als verhaalsobject voor crediteuren van de moederstichting (of afzonderende rechtspersoon).

## 4 Concernvorming in de praktijk van de gezondheidszorg

Hoewel wetgeving en beleid sterk gericht zijn op de enkelvoudige onderneming is groepsvorming in werkelijkheid eerder regel dan uitzondering, zeker waar het gaat om de NV en de BV. Ook in de non-profitsector komt groepsvorming overigens al veelvuldig voor. In de verplegings- en verzorgingssector bijvoorbeeld zijn groepen van verenigingen en/of stichtingen een betrekkelijk normaal verschijnsel. De laatste tijd lijkt groepsvorming ook in de curesector een vlucht te nemen; daar met name door de opkomst van zelfstandige behandelcentra.

In de gezondheidszorg werd groepsvorming in het verleden vooral ingegeven door bedrijfseconomische motieven (krachtenbundeling, schaalvoordelen, slagvaardiger kunnen voeren van ondernemingsbeleid door middel van centralisatie van beleid en decentralisatie van activiteiten). Met het perspectief van meer marktwerking voor ogen, neemt de behoefte aan risicokanaliserende onder behoud van zeggenschap toe. Instellingen in zowel de care als in de cure beproeven dan ook in toenemende mate de weg van concernvorming. In deze paragraaf beschrijven we aan de hand van een aantal voorbeelden de ontwikkelingen in zowel de care- als de curesector.

### 4.1 Care

#### Experimenten met holdingconstructies

Gezien de wettelijke taak die woningcorporaties op het gebied van volkshuisvesting hebben zijn in het recente verleden diverse pogingen tot groepsvorming ondernomen, waarbij naast de zorginstelling een (bestaande) woningcorporatie was betrokken. Dat ging niet zonder slag of stoot. Woningcorporaties zijn namelijk aan strenge regels gebonden inzake concernvorming met 'niet-corporaties'. Op grond van de bepaling in het Besluit Beheer Sociale Huursector (BBSH) dat corporaties uitsluitend werkzaam mogen zijn op het terrein van de volkshuisvesting is groepsvorming met een andersoortige organisatie niet toegestaan. Elke statutaire wijziging moet aan het ministerie van VROM worden voorgelegd voor goedkeuring.

Zo hadden woningcorporatie TBV Wonen en Zorgcentrum Tilburg-Zuid het voornemen te komen tot een intensieve vorm van samenwerking teneinde vanuit één visie woonzorgproducten te kunnen ontwikkelen. Een volledige fusie werd niet wenselijk geacht, omdat beide organisaties toch een andere corebusiness kennen. In plaats daarvan achtten beide organisaties een holdingconstructie de meest aangewezen vorm.

Deze constructie bood volgens hen mogelijkheden om de eenheid van sturing en regie door te voeren, terwijl het tevens mogelijk zou blijven om afzonderlijke rechtspersonen in stand te houden die elk een eigen taak en taakgebied hebben, namelijk huisvesting en zorgverlening.

Het model dat eind jaren negentig werd ontwikkeld bestond eruit dat de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur van beide organisaties werden samengevoegd en als moederstichting werden opgericht. Hoewel ongebruikelijk, is er geen wetgeving die verhindert dat een intern toezichtsorgaan buiten de organisatie wordt geplaatst en eigen rechtspersoonlijkheid krijgt. En aangezien een Raad van Toezicht door het bestuur betrokken wordt bij belangrijke strategische beslissingen en de goedkeuring van begroting en jaarrekening, kan op deze wijze sturing gegeven worden aan de eenheid in visie.

Dit model wordt, samen met enkele andere vormen, door de Stichting Experimenten Volkshuisvesting (SEV) voorgelegd aan het ministerie van VROM met de vraag om daarmee te mogen experimenteren. In januari 2000 geeft de toenmalige staatssecretaris Remkes toestemming voor dit experiment, zij het onder voorwaarden. Eén van die voorwaarden is dat in de statuten van de corporatie niet mag worden opgenomen dat de corporatie zich ongeschikt verklaart aan de belangen van een andere organisatie. Met andere woorden: de corporatie mag geen dochtermaatschappij zijn, omdat zij daarmee formeel 'ongeschikt' wordt aan de belangen van de moedermaatschappij. Dit blijkt later het grote struikelblok te zijn. In december 2002 valt dan ook het doek definitief voor het holdingexperiment van TBV Wonen. Een jaar eerder was dit al in algemene zin onmogelijk geworden, zo blijkt uit een circulaire van VROM (MG 2001-26).

Om deze reden is nadien in de praktijk gekozen voor een constructie met een personele unie. Een voorbeeld daarvan vormt het samenwerkingsverband tussen woningcorporatie St. Lambertus te Udenhout en Zorginstelling de Kreite. Ongeacht of dit statutair is vastgelegd, beschouwt het ministerie van VROM een personele unie als een 'verbinding' in de zin van het BBSH. Op grond van de circulaire MG 2001-26 moet een woningcorporatie toestemming vragen voor een verbinding en deze wordt alleen gegeven, wanneer de verbinding noodzakelijk is ter uitvoering van haar taken. Op grond van deze circulaire is deelname in een verbinding waarin tevens aanbieders van zorg deelnemen toegestaan, mits de door de corporatie te verrichten activiteiten in de verbinding zich beperken tot het vastgoed. Ook stelt het ministerie van VROM dat de toegelaten instelling geheel zelfstandig haar activiteiten moet kunnen blijven uitvoeren. Inmiddels hebben zowel de corporatie in Udenhout als de eerdergenoemde corporatie in Tilburg goedkeuring gekregen voor het verrichten van nevenactiviteiten in hun verbinding met de betreffende

zorginstellingen. Daarmee hebben zij toestemming gekregen voor een personele unie.

Met een personele unie kan eveneens sturing gegeven worden aan beide organisaties vanuit een eenheid in visie. Weliswaar blijven er twee zelfstandige rechtspersonen bestaan die elk verantwoording afleggen voor een verschillend werkveld, maar in de dagelijkse praktijk wordt maximaal geïntegreerd geopereerd op het grensvlak van wonen en zorg. Een nadeel dat partijen in Tilburg ervaren is dat dit te zeer van personen afhangt. Een holding had de verbintenis tussen beide organisaties sterker gemaakt, zo is de overtuiging in Tilburg.

#### **Experiment zorgwooncorporatie**

Hoewel groepsvorming tussen een zorginstelling en een woningcorporatie dus niet geheel is uitgesloten, is het toch een redelijk kwetsbare constructie door de beperkingen die voor woningcorporaties gelden ten aanzien van verbindingen met andere organisaties. Daar komt bij dat bij veel zorgaanbieders de wens leeft om – ook bij het verder doorvoeren van het scheiden van wonen en zorg – zelf eigenaar te blijven van het vastgoed en niet altijd aangewezen te zijn op woningcorporaties.

Mede om die reden hebben Arcares en de Open Ankh het model van de ‘zorgwooncorporatie’ ontwikkeld. Een zorgwooncorporatie is in hun ogen ‘een aparte vastgoedstichting die in handen is van een zorginstelling. De zorginstelling brengt haar vastgoed onder in deze stichting. De zorgwooncorporatie verhuurt, beheert en ontwikkelt zorgwoningen en zorggebouwen. Zij is slechts gebonden aan beperkte regelgeving en krijgt daarmee de ruimte zich ondernemend te gedragen. Verhuur van zorgwoningen en verhuur van het woonareaal in zorggebouwen vindt plaats rechtstreeks aan cliënten (scheiden van wonen en zorg). Verhuur van zorginfrastructuur of van het bedrijfsareaal in zorggebouwen vindt plaats aan de eigen zorginstelling’.

Een zorgwooncorporatie is nadrukkelijk geen woningcorporatie die opereert als toegelaten instelling binnen het volkshuisvestelijke regiem (corporatiebestel). Een holdingconstructie is hier dus wel mogelijk.

## **4.2 Cure**

Ook in de cure zien we de laatste jaren concerns ontstaan, vooral als gevolg van de opkomst van zbc's. Hoewel deze aanvankelijk werden ingebed in het ziekenhuis ontstaat als gevolg van vrije prijsvorming in het B-segment behoefte aan het onderbrengen van deze meer risicovolle activiteiten in een aparte rechtspersoon. Hoewel zeker ook ingegeven door de wens om te ontsnappen aan het knellende keurslijf voor zieken-



huizen, vormt hier de behoefte (c.q. noodzaak) om te voorkomen dat financiële debacles van nieuwe (private) initiatieven kunnen worden afgewenteld op het ziekenhuis een belangrijke overweging om voor concernvorming te kiezen. Wanneer nieuwe initiatieven zouden worden ingebed in de bestaande organisatiestructuur dan blijven de exploitatie- en aansprakelijkheidsrisico's immers op het ziekenhuis zelf rusten. Daarnaast biedt het onderbrengen in een aparte rechtspersoon de mogelijkheid om voor een andere rechtsvorm te kiezen, de BV. Op die manier kunnen bijvoorbeeld artsen aandeelhouder worden en dat lijkt zowel voor hen als voor het ziekenhuis een aantrekkelijk perspectief.

De constructie die bijvoorbeeld in een middelgroot ziekenhuis in het zuiden des lands is toegepast is die waarin de Raad van Bestuur van het ziekenhuis een nieuwe rechtspersoon heeft opgericht als holdingmaatschappij. In de statuten van het ziekenhuis is opgenomen dat deze nieuwe rechtspersoon aan het hoofd staat van de groep, waarvan het ziekenhuis dochtermaatschappij is. Bovendien is statutair verankerd dat de Raad van Bestuur van het ziekenhuis tevens de Raad van Bestuur van de holdingmaatschappij is (personele unie). Het is op deze manier vrij gemakkelijk om andere dochtermaatschappijen op te richten en in de groep onder te brengen; de structuur ligt er al. Nieuwe toetreders (veelal zbc's) hebben hier wel oren naar, omdat ze op deze wijze zonder al te veel bedrijfsrisico's en investeringen van start kunnen gaan (door gebruik te maken van de faciliteiten van het ziekenhuis, één van de andere dochtermaatschappijen). Omdat de structuur er al ligt is het tevens goed mogelijk om het vastgoed in een aparte rechtspersoon onder te brengen en deze als dochtermaatschappij in het concern op te nemen.

## 5 De andere kant van de medaille: concernegevaar

Naast voordelen zijn er ook nadelen verbonden aan groepsvorming. De schaalvoordelen van het concernverband kunnen als evenzovele nadelen voor de individuele vennootschap uitpakken. Het realiseren van die schaalvoordelen vergt immers een zekere overdracht van de ondernemingsfunctie naar het centrale concernniveau hetgeen tevens tot grote(re) afhankelijkheid in de moeder-dochterrelatie leidt.

Een voorbeeld is dat waarin dochtervennootschappen in de praktijk periodiek plegen te worden omgeslagen voor kosten in verband met diensten die hen vanuit andere concernmaatschappijen zijn verleend. Hierbij geldt dat naarmate het concern een meer gecentraliseerd karakter heeft de centrale stafdiensten zwaarder zullen zijn en dus hoe hoger de omslag per groepsmaatschappij uitpakt, terwijl de verleende diensten daarmee niet altijd in verhouding hoeven te staan.

Dit laatste voert als vanzelf naar de meer algemene problematiek van intragroeptransacties en transferpricing. Concernmaatschappijen zijn voor hun productie en/of afzet vaak in belangrijke mate afhankelijk van onderlinge leveranties en dienstverlening. Intragroeptransacties worden vaak ook verricht in het kader van het beschikbaar stellen van bedrijfsactiva (huur- en leasecontracten) en financiering (kredietverlening door de holding of een financieringsmaatschappij), ook wel als intercompany banking aangeduid. De prijzen die binnen concernondernemingen worden betaald kunnen door de concernleiding worden vastgesteld en gehanteerd met het doel de bedrijfsresultaten te beïnvloeden. Prijsstelling geschiedt dan bewust niet zoals die zou plaatsvinden wanneer de dochter haar producten of diensten buiten het concern zou afzetten, dus niet gebaseerd op een handelsverhouding zoals die zou bestaan ten opzichte van een onafhankelijke onderneming. Men spreekt dan wel van prijszetting niet 'at arms length'. Via een gericht beleid van transferpricing kan men winsten en verliezen laten ontstaan waar dat voor het concern het gunstigst wordt geoordeeld.

Met intragroepstransacties is op zichzelf niets mis, mits zij maar geen buitensporige risico's voor de dochter – daarmee voor minderheidsaandeelhouders en/of haar externe schuldeisers – met zich meebrengen, de at arms length toets in beginsel kunnen doorstaan en inzichtelijk worden vastgelegd. In feite gaat het hier om algemene beginselen van behoorlijk ondernemingsbestuur in concernverband.

Om het risico van wanbeleid zoveel mogelijk te beperken is aan te bevelen dat de concernleiding periodiek verslag doet van de belangrijkste intragroepstransacties. In zo'n IGT-bericht als toelichting bij de gecon-

solideerde jaarrekening zou ook kunnen worden aangegeven dat wellicht een afzonderlijke transactie niet at arms length is aangegaan maar dat dit per saldo wel het geval is met het geheel van intragroepstransacties binnen een verslagperiode, of eventueel zelfs over een langere termijn. Een dergelijke verslaggeving zou de transparantie van de groep zeker bevorderen en wordt om die reden door de Commissie Winter aanbevolen als een uiting van modern corporate governance.

Risicokanaliserend door middel van het gebruik van verbonden afhankelijke stichtingen zal bovendien tot bepaalde verplichtingen voor de moeder leiden. In de praktijk komt het voor dat de moeder binnen het concern aan derden (doorgaans de bank) zekerheid verstrekt voor de schulden van haar dochter(s). Klassieke vormen van zekerheidsstelling zijn in dit verband de hoofdelijke verbondenheid (art 6:6 BW) en de borgtocht (art. 7:850 BW). Dergelijke zekerheden van de moeder – maar ook van andere groepsmaatschappijen – worden door de bank ook vaak als voorwaarde gesteld voor het verstrekken van een boedelkrediet ten behoeve van een dochter in faillissement of surseance van betaling. Een andere wijze van sterk maken door de moeder voor haar dochters geschiedt door middel van de zogenoemde patronaatsverklaring, of letter of comfort. Hierin verklaart de moeder er voor in te staan dat haar dochter steeds over voldoende middelen beschikt om aan haar verplichtingen jegens - bijvoorbeeld - de bank uit geldlening te kunnen voldoen. Behalve uit overeenkomst of uit een tot één of enkele derden gerichte verklaring kan aansprakelijkheid van de moeder ook voortvloeien uit een ongerichte, openbare verklaring van aansprakelijkheid.

Ook kan er sprake zijn van onvrijwillige aansprakelijkheid van de moeder voor schulden van haar dochters. Dat is met name het geval als de moeder heeft te gelden als ‘degene die het beleid van de dochter heeft bepaald of mede heeft bepaald, als ware zij bestuurder’. Een moedermaatschappij kan namelijk, zonder formeel bestuurder te zijn van haar dochter, toch als beleidsbepaler optreden wanneer zij in feite uit hoofde van haar machtspositie de leiding van de dochter in handen neemt en rechtstreeks haar wil oplegt aan de formele bestuurders.

Anderzijds is het in het kader van concernfinanciering heel gebruikelijk dat een dochter zich op verzoek van de moeder aansprakelijk stelt voor de schulden van andere groepsmaatschappijen of anderszins zekerheidsstelling verschafft in de vorm van bijvoorbeeld hypotheek of pandrecht. De voorwaarden die De Nederlandsche Bank in het kader van haar solvabiliteitsrichtlijnen aan de banken stelt voor rekeningcompensatienopen ook tot het bedingen van hoofdelijke aansprakelijkheid. Formeel juridisch is dat vrijwillig, maar de facto rest de dochter meestal geen andere keus dan hiermee in te stemmen. Mogelijk is de moeder op het gebied van concernfinanciering zelfs een instructierecht toegekend in de

statuten van de dochter. Als de dochter zich zou verzetten tegen deze aansprakelijkstelling uit vrees te worden meegesleurd in de val van minder renderende concernonderdelen bestaat de kans dat ze door de rechter in het ongelijk wordt gesteld. De President van de Rechtbank Arnhem oordeelde in een dergelijke casus dat ‘een dochter een instructie tot het aangaan van kruisverbanden in voormelde zin, door de – daarvoor uiteindelijk verantwoordelijke – concernleiding gegeven met het oog op het voortbestaan van het concern met zijn onderdelen, in beginsel moet opvolgen’. Heeft een dochter zich eenmaal in het concern-kredietarrangement geschaard dan impliceert dat dikwijls niet alleen een ruimere financiële armslag voor als het goed gaat, maar ook aanzienlijke uitwiningsrisico’s voor als het slecht gaat.

Tenslotte wordt door opname van een rechtspersoon in een concernverband het vennootschappelijk belang feitelijk in hoge mate een afgeleide van het concernbelang, zoals de leiding dat ziet. Is de uitkomst van die afweging immers anders dan de concernleiding wenst dan kan zij stellen dat het bestuur van de dochter zich een onjuiste voorstelling heeft gemaakt van wat het concernbelang vereist en dat het daardoor zijn competentie heeft overschreden. Blijft het dochterbestuur volharden dan zal het uiteindelijk door een ander worden vervangen. Dit bezwaar is te ondervangen wanneer gekozen wordt voor een personele unie tussen moeder en dochter. Maar ook daar zitten haken en ogen aan, zeker wanneer er tegengestelde belangen zijn tussen moeder en dochter of tussen dochters.

## 6 Toezicht op concernvorming in de gezondheidszorg

Uit het voorgaande blijkt dat concernvorming niet alleen voordelen biedt, maar ook gevaren in zich bergt. Bovendien is er veel variatie mogelijk in de bestuurlijke en juridische inrichting van een concern. Transparantie van concernverbanden - met name van de zeggenschapsverhoudingen en de financiële kruisverbanden - is dan ook van wezenlijk belang, zowel voor deelnemende rechtspersonen, voor kredietverschaffers als voor andere betrokkenen (last but not least de patiënt/cliënt). Dat stelt eisen aan het toezicht. In hoeverre is dat berekend op concernvorming in de gezondheidszorg?

### **Toelatingseisen**

De wettelijke toelatingseisen voor zorginstellingen zijn hoofdzakelijk gericht op de enkelvoudige onderneming. Een uitzondering geldt voor de transparantie-eisen in het Uitvoeringsbesluit WTZi<sup>1</sup>. Deze eisen houden in dat instellingen dienen aan te tonen dat ze beschikken over een transparant bestuur en ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering.

Een controleerbare bedrijfsvoering houdt in dat de instelling schriftelijk moet hebben vastgelegd welke organen van de instelling welke bevoegdheden hebben ten aanzien van welk onderdeel of aspect van de bedrijfsvoering. En voorts dat de instelling heeft vastgelegd hoe de zorgverlening georganiseerd wordt, van welke andere organisatorische verbanden daarbij gebruik wordt gemaakt en wat de aard is van de relaties met die andere verbanden, waaronder begrepen verantwoordelijkheden, taken en beslissingsbevoegdheden. De activiteiten van de instelling waarvoor de toelating geldt moeten in ieder geval financieel onderscheiden worden van andere activiteiten van de instelling. Tenslotte is vereist dat in de financiële administratie van de instelling ontvangsten en betalingen duidelijk traceerbaar zijn naar bron en bestemming, en dat duidelijk is wie op welk moment welke verplichtingen voor of namens de instelling is aangegaan.

Op zichzelf bieden deze vereisten aanknopingspunten voor het verkrijgen van inzicht in de concernstructuur. Probleem is echter dat daaraan verder nauwelijks handen en voeten is gegeven. Na de toelating dienen zorginstellingen immers via de Regeling voor de jaarverslaglegging zorginstellingen in hun jaarverslag/jaarrekening verantwoording af te leggen op welke wijze ze voldoen aan de transparantie-eisen WTZi. In deze regeling is weliswaar voorzien in verantwoording achteraf over groepsverbanden, maar uiterst summier.

### **Regeling voor de jaarverslaglegging zorginstellingen**

Deze regeling verplicht de zorginstelling die deel uitmaakt van een groep om in de toelichting van zijn jaarrekening een geconsolideerde jaarrekening van de groep op te nemen. Deze verplichting geldt niet als de geconsolideerde jaarrekening van de groep is opgenomen in de toelichting op de jaarrekening van een andere rechtspersoon van de groep en de zorginstelling naar die toelichting verwijst.

In de handleiding bij de regeling staan wel aanwijzingen die behulpzaam kunnen zijn bij het bepalen of consolidatieplicht bestaat of niet (met andere woorden of sprake is van een groep/concern), maar de regeling bevat nagenoeg geen inhoudelijke vereisten ten aanzien van het soort informatie dat verstrekt moet worden. Zo geldt weliswaar dat in het jaarverslag ‘algemene informatie omtrent de rechtspersoon en daarmee verbonden rechtspersonen moet worden verschaft’ zoals de juridische structuur, de interne organisatiestructuur en personele bezetting, kernactiviteiten e.d. maar die informatie biedt weinig houvast bij het beoordelen van de zeggenschapsverhoudingen en financiële risico’s.

Ook de bepaling die betrekking heeft op ‘bijzondere statutaire zeggenschappen’ biedt in dit opzicht weinig soelaas. Op grond hiervan moet het bestuur aan de jaarrekening een lijst toevoegen van namen van degenen aan wie een bijzondere statutair recht inzake de zeggenschap in de rechtspersoon toekomt, met een omschrijving van de aard van dat recht. Dit voorschrift houdt blijkens de toelichting (slechts) in dat de samenstelling vermeld moet worden van de RvB en van de RvT van de rechtspersoon zelf, en de aan hen toegekende statutaire zeggenschapsrechten.

## **Noot**

<sup>1</sup> De inmiddels vastgestelde Zorgbrede governancecode – die op termijn wellicht in de plaats treedt van de transparantie-eisen in het Uitvoeringsbesluit – lijkt overigens uitsluitend de enkelvoudige onderneming voor ogen te hebben.

## **Deel B: Eigendom van zorgvastgoed: to have and to hold?**

### **1 Inleiding**

In deel A is aangegeven dat het onderbrengen van zorgvastgoed in een aparte rechtspersoon een aantrekkelijke optie kan zijn om het financiële risico van het nieuwe kapitaallastenbeleid te spreiden. Wanneer daarnaast een concernstructuur wordt opgezet, waarin zowel de zorginstelling als de vastgoed-BV of stichting worden ingebed, wordt een zeer hecht samenwerkingsverband geformeerd, waarmee de zorginstelling zich verzekerd weet van ‘goed vastgoed’.

Dit neemt niet weg dat veel instellingen sterk hechten aan eigendom, ook wanneer zij de financiële risico's daarvan geheel zelf moeten dragen. Wanneer de zorginstelling naar eigen inzicht kan ‘beschikken’ over het vastgoed en de vruchten daarvan (zoals de opbrengst bij verkoop of verhuur) kan trekken, kan eigendom ook een buffer vormen tegen die financiële risico's. Dan kan de instelling bijvoorbeeld besluiten het vastgoed te verkopen of te verhuren en zo overtollige vierkante meters rendabel maken. Tot nog toe is deze beschikkingsmacht echter ingeperkt. In dit deel van de achtergrondstudie wordt nagegaan waarom dat zo is en wat de consequenties hiervan zijn voor het nieuwe kapitaallastenbeleid en de doelstellingen die daarmee worden beoogd. Tenslotte wordt aangegeven hoe de beschikkingsmacht kan worden hersteld, zonder afbreuk te doen aan de doelstellingen die met de inperking worden beoogd.

## 2 Inperking van beschikkingsmacht en praktische consequenties

Zowel onder de Wet Ziekenhuisvoorzieningen, als onder diens opvolger, de WTZi, (resp. artikel 17a WZV en artikel 18 WTZi) is de beschikkingsmacht van zorginstellingen over hun vastgoed ingeperkt:

- Zo is in de eerste plaats een voornemen van een zorginstelling om gebouwen of terreinen of delen daarvan te verkopen, verhuren of aan enig beperkt recht te onderwerpen onderhevig aan goedkeuring door het College Sanering Ziekenhuizen (CSZ).
- Dit college kan bovendien bepalen dat bij verkoop het boekresultaat moet worden gestort in het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten. Het college heeft overigens vrij snel na inwerkingtreding van het betreffende wetsartikel besloten dat afstorting in dit geval niet hoeft plaats te vinden. Dit betekent echter niet dat zgn. afoming van meeropbrengsten niet plaatsvindt: in werkelijkheid is er sprake van ‘stille afoming’ via de tarieven. Op grond van de CTG-beleidsregel Verrekening boekwinsten wordt de boekwinst uit verkoop van gebouwen en terreinen als eenmalige extra afschrijving met bestaande of nieuwe investeringen verrekend. Indien onvoldoende boekwaarde resteert om volledige verrekening te kunnen uitvoeren, wordt de resterende boekwinst op de aanvaardbare kosten in mindering gebracht. Deze beleidsregel komt er in korte bewoordingen dus op neer dat de instelling die een boekwinst realiseert, deze feitelijk dient af te dragen. Aldus is deze beleidsregel in zijn werking vergelijkbaar met artikel 18 WTZi.

Het is vooral de bepaling omtrent de afoming van meeropbrengsten die kritiek oogst. Uit een juridische analyse die de brancheorganisaties in 2005 hebben laten uitvoeren komt naar voren dat artikel 18 WTZi en de CTG-beleidsregel Verrekening boekwinsten een forse inbreuk opleveren op het eigendomsrecht, waarvoor geen dragende argumenten voorhanden zijn (zie bijlage 1 voor een samenvatting).

Naast juridische bezwaren zijn er minstens zo belangrijke bedenkingen van meer fundamentele aard. Zo weerhoudt een wettelijke bepaling van deze strekking zorginstellingen ervan om vastgoed in te zetten als strategisch bedrijfsmiddel, terwijl dat juist wordt beoogd met de februaribrief en zelfs noodzakelijk is in een situatie van (meer) marktwerking. Zorginstellingen worden hiermee ontmoedigd om meeropbrengsten te realiseren; ze kunnen eventuele meerwaarde niet inzetten als financiële buffer, terwijl ook het aantrekken van risicodragend kapitaal wordt gefrustreerd.



### 3 Inperking noodzakelijk?

Het is vooral deze verlamdende werking die ertoe noopt na te gaan of het doel dat met de betreffende bepalingen wordt nagestreefd ook op andere wijze is te bereiken. Uit de parlementaire stukken blijkt dat het doel van deze bepalingen tweeledig is:

1. het voorkomen van weglekken van publieke middelen naar commerciële partijen;
2. het laten terugvloeien naar de centrale kas van vermogen dat met behulp van de overheid is opgebouwd.

#### **Ad 1: Het voorkomen van weglekken van publieke middelen**

Wat de eerste doelstelling betreft is een wettelijke bepaling zoals artikel 17a WZV resp. 18 WTZi overbodig, omdat dit doel op grond van een combinatie van andere reeds bestaande wettelijke bepalingen afdoende is geborgd.

In de gezondheidszorg is de stichting de meest voorkomende rechtsvorm. Een stichting is een rechtspersoon die geen leden kent en die met behulp van een daartoe bestemd vermogen beoogt een in de statuten vermeld doel te verwezenlijken. Een stichting moet bij notariële akte worden opgericht. De akte moet de statuten van de stichting bevatten; de statuten moeten onder andere het doel van de stichting inhouden. Het doel van de stichting mag niet inhouden het doen van uitkeringen aan oprichters of aan hen die deel uitmaken van haar organen noch ook aan anderen, tenzij wat deze laatsten betreft de uitkeringen een ideële of sociale strekking hebben. Met andere woorden: als een stichting onroerend goed verkoopt is ze wettelijk verplicht de meeropbrengst daarvan aan te wenden voor verwezenlijking van het statutair vastgelegde doel. De overheid kan met de bestaande toelatingseisen bewerkstelligen dat het doel gelegen is in zorgverlening. Een rechtspersoon die zorg wil verlenen waarop ingevolge AWBZ en/of ZFW resp. Zorgverzekeringswet aanspraak bestaat moet daarvoor een exploitatietoestemming hebben van het CVZ of van de minister van VWS. Bij AMvB is de wijze waarop een aanvraag om toestemming van Minister of CVZ moet worden ingediend vastgesteld, evenals de gegevens die daarbij moeten worden overlegd. Daartoe behoren ten minste de statuten van de stichting. (PM: bron). Als de stichting na de toelating zou overwegen haar statuten te wijzigen en wel zodanig dat het oorspronkelijke doel geheel wordt verlaten, dan kan dit als uiterste consequentie hebben dat haar toelating wordt ingetrokken.

Het risico dat vermogen uit de sector weglekt als de stichting ophoudt te bestaan, is ook afgedekt. Wettelijk is immers bepaald dat de statuten ook moeten inhouden wat de bestemming van het overschot is na vereffe-

ning van de stichting in geval van ontbinding (dan wel de wijze waarop de bestemming zal worden vastgesteld). Ook dit gegeven kan worden betrokken bij de beslissing omtrent het verlenen van een exploitatie-toestemming.

Tenslotte kan zich de situatie voordoen dat een stichting zich omzet in een andere rechtsvorm en dan met name één die wel winst mag uitkeren. Zo heeft het Havenziekenhuis te Rotterdam zich onlangs omgezet in een BV. Voor omzetting zijn in zo'n geval vereist: een besluit tot omzetting, genomen met inachtneming van de vereisten voor een besluit tot statutenwijziging; een besluit tot wijziging van de statuten en een notariële akte van omzetting die de nieuwe statuten bevat. Voor de omzetting van of in een stichting is bovendien rechterlijke machtiging vereist. Omzetting wordt door de rechter geweigerd, indien de belangen van anderen van wie ten minste iemand zich tot de rechter heeft gewend, onvoldoende zijn ontzien. Bovendien moet na omzetting van een stichting uit de statuten blijken dat het vermogen dat zij bij de omzetting heeft en de vruchten daarvan slechts met toestemming van de rechter anders mogen worden besteed dan voor de omzetting was voorgeschreven. Hierin is een belangrijke waarborg gelegen dat vermogen dat de stichting voor de omzetting had opgebouwd niet kan weglekken naar commerciële partijen i.c. de aandeelhouder(s) van de BV.

In de literatuur wordt wel voorgesteld om instellingen die een winstoogmerk hebben te verplichten in de statuten een bepaling omtrent de winstbestemming op te nemen die erop neerkomt dat maximaal xx% van de nettowinst wordt uitgekeerd aan kapitaalverschaffers of kredietverstrekkers. In de casus van het Havenziekenhuis is dat ook gedaan. Strikt genomen, is dat echter niet noodzakelijk, althans niet bij omzetting van stichting in BV. Mocht in de toekomst het verbod op het uitkeren van winst worden losgelaten en nieuwe aanbieders een aanvraag om toelating doen dan zou dit als voorwaarde aan de exploitatietoestemming verbonden kunnen worden (plus reciproque daarvan: bepaling dat maximaal xx% van de nettowinst moet worden geïnvesteerd in de zorgverlening).

#### **Ad 2: laten terugvloeien naar de centrale kas van vermogen dat met behulp van de overheid is opgebouwd**

Bij deze doelstelling draait het om de vraag wanneer er sprake is van 'vermogen dat met behulp van de overheid is opgebouwd'. Dat kan niet de vergoeding zijn die instellingen hebben ontvangen voor kapitaallasten. Een zorginstelling heeft zorg geleverd en daarvoor als tegenprestatie een vergoeding ontvangen, inclusief een vergoeding voor kapitaallasten. Die vergoeding komt de zorginstelling toe, niet de staat. Dat zorginstellingen tot nog toe werken in een door overheidsregels gecreëerde risicovolle omgeving is van geen betekenis. Natuurlijk heeft een zorginstelling

daarvan profijt gehad, onder andere doordat ze goedkoop kon lenen. Die risicoarme omgeving is echter niet gecreëerd voor de zorginstellingen, maar voor de overheid zelf, met name om de zorg betaalbaar te houden. Dit streven van de overheid verdient lof, maar creëert geen aanspraak op de opbrengst bij de verkoop van onroerend goed.

Van overheidssteun is wel sprake als gebruik wordt gemaakt van een steunregeling en de instelling dankzij die steun kan 'overleven'. De CTG-beleidsregel Steunverlening aan instellingen met financiële problemen (Beleidsregel B-5) voorziet in die mogelijkheid. Op grond van deze regeling kan een instelling een verzoek tot financiële steunverlening indienen wanneer zij als gevolg van exploitatieverliezen in de financiële problemen is gekomen en er sprake is van een negatief eigen vermogen. In dit geval kan een vorm van terugbetaling gerechtvaardigd zijn. De huidige beleidsregel gaat echter niet zo ver; aan de steunregeling is slechts de voorwaarde verbonden dat de instelling een substantiële eigen bijdrage levert bij het wegwerken van het negatieve vermogen (inverdiентаakstelling).

Dus ook voor de tweede doelstelling is een bepaling als 18a WTZi (resp. artikel 17 WZV) niet nodig.

## 4 Conclusie

Artikel 18 WTZi en de CTG-beleidsregel Verrekening boekwinsten, perken de beschikkingsmacht van zorginstellingen over hun zorgvastgoed onnodig in en frustreren de met het nieuwe kapitaallastenbeleid beoogde dynamiek in de sector. De doelstellingen die met de betreffende bepalingen worden nagestreefd, zijn op andere wijze te bereiken.

Uit deze vaststelling vloeit tevens voort dat er geen taak meer is weggelegd voor het College Sanering, voor zover deze bestaat uit het verlenen van goedkeuring van voornemens tot verkoop van onroerende zaken door zorginstellingen. Het argument om deze taak destijds aan het College op te dragen was dat aldus gewaarborgd kon worden dat instellingen bij verkoop van onroerende zaken een zo hoog mogelijke – d.w.z. marktconforme – prijs zouden verkrijgen. In een systeem waarin zorginstellingen het financiële risico van de kapitaallasten geheel zelf dragen past een dergelijke taak niet.

## Bijlage 1

### Begrippen en definities rondom concernvorming

#### Rechtspersonen

Ons recht kent rechtspersonen, die net als natuurlijke personen, als zelfstandig drager van rechten en plichten aan het rechtsverkeer kunnen deelnemen. De gemeente waar men woont, het warenhuis waar men inkopen doet, de onderneming of instelling waarvan men zorg betreft, alle zijn het organisaties die worden gevormd of in stand gehouden door een rechtspersoon. Er zijn verschillende soorten rechtspersonen, die in drie categorieën zijn in te delen: publiekrechtelijke rechtspersonen, kerkgenootschappen en privaatrechtelijke rechtspersonen. Het gaat hier om de laatste categorie. Daartoe behoren verenigingen, coöperaties, onderlinge waarborgmaatschappijen, nv's, bv's en stichtingen. Deze aanduidingen staan voor de verschillende rechtsvormen waarin een onderneming gedreven kan worden. Elke rechtsvorm brengt een eigen (deels overlappend) complex van rechtsregels en normen met zich mee.

Voor het onderwerp van deze studie zijn met name de volgende rechtsvormen relevant:

- Vereniging: een rechtspersoon met leden die is gericht op een bepaald doel en die geen winst onder haar leden mag verdelen (art. 2:26 BW).
- Stichting: een rechtspersoon welke geen leden kent en beoogt met behulp van een daartoe bestemd vermogen een in de statuten vermeld doel te verwezenlijken. Het doel mag niet inhouden het doen van uitkeringen aan oprichters of aan hen die deel uitmaken van haar organen, noch ook aan anderen, tenzij wat deze laatsten betreft, de uitkeringen een ideële of sociale strekking hebben (art. 2:285 BW).
- BV: een rechtspersoon met een in niet vrij overdraagbare aandelen op naam verdeelt maatschappelijk kapitaal (art. 2:175 BW).
- NV: een rechtspersoon met een in overdraagbare aandelen verdeeld maatschappelijk kapitaal (2:64); de overdraagbaarheid kan worden beperkt en de aandelen kunnen aan toonder of op naam luiden (art. 2:82 en 87 BW).

De in de wet omschreven kenmerken laten in enige mate overlappingen toe. Zo kan het ook een BV verboden zijn om winst uit te keren als een daartoe strekkende bepaling in de statuten is opgenomen. Ook kunnen stichtingen en verenigingen zich op terreinen begeven waarop gewoonlijk de NV en BV zich bewegen. Welke rechtspersoon in concreet geval gekozen wordt, is afhankelijk van tal van factoren, zoals het doel van de

organisatie die de oprichters voor ogen hebben, de omvang van de kapitaalbehoefte, de wenselijkheid om winst te kunnen uitkeren etc.

Uit bovenstaande blijkt al dat vereniging en stichting niet geschikt zijn als men behaalde winst wil uitkeren aan de bij de rechtspersoon betrokkenen. Daarentegen lenen zij zich uitstekend voor aanwending in de non-profitsector en voor collectieve belangenbehartiging. De rechtspersonen waarbij wel winstuitkering aan de direct betrokkenen mogelijk is – NV, BV – worden ook wel *commerciële rechtspersonen* genoemd. NV en BV worden ook wel *kapitaalvennootschappen* genoemd omdat zij altijd een in aandelen verdeeld maatschappelijk kapitaal hebben. Deelname in het maatschappelijk kapitaal van de kapitaalvennootschappen geeft zeggenschapsrechten.

### **Groep/concern**

Het komt vaak voor dat een rechtspersoon tot een concern of groep behoort. De term concern wordt in de praktijk gebruikt, de wet spreekt op een aantal plaatsen van ‘groep’. Het groepsrecht is in zoverre ruimer dan het concernrecht dat het zich ook uitstrekt tot alle vormen van verbondenheid tussen rechtspersonen buiten de commerciële sfeer. Denk bijv. aan verbonden stichtingen op deelterreinen in de collectieve sector, zoals gezondheidszorg. Concernrecht wordt vaak gebruikt om te benadrukken dat commerciële rechtspersonen de bouwstenen van het concern zijn.

Van een groep of concern is sprake wanneer een aantal juridisch zelfstandige ondernemingen organisatorisch is verbonden in een economische eenheid (artikel 2:24b BW). Twee elementen zijn dus van belang: ‘economische eenheid’ en ‘organisatorische verbondenheid’. Organisatorische verbondenheid voert niet tot economische eenheid zonder centrale leiding. Centrale leiding wordt daarom meestal in de literatuur als derde – en tevens meest belangrijke! – element van het groepsbegrip genoemd.

Aan het hoofd van een groep staat de *holding*, ook wel *moedermaatschappij* genoemd. Zowel de rechtspersoon die leiding geeft als de rechtspersonen die geleid worden, behoren tot de groep en zijn derhalve *groepsmaatschappijen*. De termen holding, moedermaatschappij en moederondernemingen worden in rechtsliteratuur en spraakgebruik door elkaar gebruikt. Bedoeld is telkens de rechtspersoon die aan het hoofd staat van de groep (vgl. art. 2:406 lid 1 BW). Voor de andere, ondergeschikte groepsmaatschappijen worden soms ook andere termen gebruikt, zoals *werkmaatschappijen*, *dochtervennootschappen*.

**Deelneming**

Een rechtspersoon of vennootschap heeft een deelneming in een rechtspersoon indien hij of een of meer van zijn dochtermaatschappijen alleen of samen voor eigen rekening aan die rechtspersoon duurzaam kapitaal verschaffen of doen verschaffen, teneinde met die rechtspersoon duurzaam verbonden te zijn ten dienste van de eigen werkzaamheid. Indien een vijfde of meer van het geplaatste kapitaal wordt verschaft, wordt het bestaan van een deelneming vermoed; art. 2;24c BW c.q. is sprake van 'duurzame verbondenheid'.

**Belegging**

Een deelneming moet worden onderscheiden van een eenvoudige *belegging*. Is het doel niet duurzame verbondenheid ten dienste van de eigen werkzaamheden dan is er sprake van een eenvoudige belegging.

Achtergrond van dit subtiele onderscheid is te vinden in het jaarrekeningsrecht: deelnemingen moeten afzonderlijk op de balans onder de financiële vaste activa worden opgenomen. Het resultaat uit deelnemingen moet ook afzonderlijk op de winst- en verliesrekening worden vermeld.

## Bijlage 2

### Samenvatting rapport Meersma

In het betreffende rapport wordt gesteld dat artikel 18 WTZi (en artikel 17a WZV) en de CTG-beleidsregel Verrekening boekwinsten in strijd zijn met artikel 1 Eerste Protocol bij het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EP EVRM).

Het beperken van de mogelijkheid 'gebouwen of terreinen te verhuren, vervreemden of aan enig beperkt recht te onderwerpen zonder goedkeuring' van het College sanering zorginstellingen beperkt het vrije beschikingsrecht en vormt een inbreuk op het eigendomsrecht. Dat geldt ook – en zelfs in versterkte mate – voor een besluit van het college sanering zorginstellingen 'dat bij verkoop een meeropbrengst t.o.v. de boekwaarde moet worden gestort in het AFBZ'; dit is een vorm van ontneming van eigendom.

Er bestaat, zo wordt betoogd, onvoldoende rechtvaardiging voor deze inmenging en wel op grond van de volgende argumenten:

- a. De wettelijke basis is onvoldoende nauwkeurig. Weliswaar is de bevoegdheid van het College sanering zorginstellingen in de wet gegeven, maar zowel uit de tekst van de wet, uit de parlementaire geschiedenis als de praktijk blijkt dat het college volledig vrij is te besluiten al dan niet van de bevoegdheid gebruik te maken. Het College heeft een grote mate van beleidsvrijheid en benut die ook. Ter vergelijking: de Onteigeningswet legt niet alleen vast wanneer onteigend kan worden, maar ook welke procedure daarvoor gevolgd moet worden en kent bovendien een uitgewerkt systeem van rechtsbescherming.
- b. Weliswaar kan aannemelijk gemaakt worden dat de inmenging een algemeen belang dient, maar dit betekent niet altijd dat dit belang daadwerkelijk in geding is. Als bijvoorbeeld een instelling een stuk grond verkoopt onder voortzetting van de exploitatie en de instelling de meeropbrengst investeert in de zorg dan blijft het geld in de sector en valt niet in te zien waarom het belang van de overheid om het geld aan te wenden voor de zorg groter is dan het belang van de instelling om het geld voor diezelfde zorg aan te wenden. Vergelijk het uitgangspunt in de Onteigeningswet van zelfrealisatie, hetgeen met zich meebrengt dat niet onteigend kan worden als het doel waarvoor onteigend wordt ook door de eigenaar zelf gerealiseerd kan worden.
- c. Tenslotte is niet voldaan aan het proportionaliteitsvereiste (geen fair balance), omdat tegenover de ontneming van eigendom geen compensatie staat.



De argumenten van de overheid ter rechtvaardiging van art. 18 WTZi werpen volgens de auteur geen ander licht op de zaak. Zo was het argument dat ‘het wenselijk is dat het boekresultaat, voor zover dat is opgebouwd dankzij middelen uit de sociale verzekeringskassen, in de kassen terugvloeit’ ten tijde van de totstandkoming van art. 17a WZV al discutabel, maar is nu echt onhoudbaar. Immers, als aan de herkomst van de middelen waarmee de zorg wordt gefinancierd en waarmee vermogen kan worden opgebouwd als zelfstandig argument betekenis zou toekomen dan zou dit voor de toekomst betekenen dat commerciële instellingen ook geconfronteerd kunnen worden met het afkomen van de meeropbrengst, aangezien zij ook betaald worden uit de sociale verzekeringskassen. Dat is niet mogelijk, noch wenselijk. Bovendien is het de vraag of particuliere ziektekostenpremies wel tot de sociale verzekeringskassen behoren. Tenslotte is dit argument helemaal onbruikbaar voor zover vermogen in vastgoed is opgebouwd via legaten, schenkingen of eigen vermogen.

Ook het argument dat “vermogen dat is opgebouwd (of in stand gehouden) in een door overheidsregels gecreëerde risicoarme omgeving niet mag weglekken naar commerciële partijen” snijdt geen hout:

1. De risicoarme omgeving diende niet ter bescherming van de zorginstellingen, maar om de betaalbaarheid van de zorg te borgen
2. Bovendien: wat wordt precies met risicoarme omgeving bedoeld? Bestond die ook al in 1935 of 1965 en als het antwoord ontkenkend luidt, is vermogen dat in die periode is opgebouwd dan uitgezonderd van art. 18?
3. Alleen het voordeel dat de instellingen hebben gehad van de risicoarme omgeving zou afgedragen moeten worden. Dat voordeel is het renteveruschil dat betaald is en dat betaald had moeten worden als een ‘gewoon commercieel tarief’ in rekening was gebracht. Dat voordeel is niet het gehele vermogen. Het vermogen is opgebouwd door prestaties te leveren waar een vergoeding tegenover stond.
4. Art. 17a WZV bestaat pas sinds 2000. Voor die tijd hoefden zorginstellingen er niet op bedacht te zijn dat het College sanering zorginstellingen de verplichting op zou leggen een meeropbrengst af te storten. De bepaling kan dus niet met terugwerkende kracht gelden voor vermogen dat voordien is opgebouwd.
5. De capaciteit van de intramurale zorgverlening komt in Nederland voort uit particulier initiatief en niet uit een door de overheid zelf gepland en uitgevoerd bouwprogramma. De overheid bepaalt wel het tempo om een beheerste groei van de kosten mogelijk te maken, maar brengt de kapitaallasten niet ten laste van de rijksbegroting en kan dus geen aanspraak maken op (de economische waarde van) het vastgoed, net zo min als een willekeurige klant van het ziekenhuis, die via een eigen bijdrage de kosten van zijn behandeling draagt.

De beleidsregel Verrekening boekwinsten van het CTG is ook in strijd met artikel 1 EP EVRM. Het recht om een bepaald tarief in rekening te brengen dan wel verschoond te blijven van extra afschrijvingen of kortingen op het budget is een recht dat een vermogenswaarde vertegenwoordigt.

De verrekening via de WTG heeft hetzelfde doel en effect als verrekening via art. 18: afnemen van een boekwinst. Dat is een vorm van ontneming van eigendom. Verrekening via de WTG beoogt ook verrekening via de WZV/WTZi te vervangen; immers de beleidsregel is ingegeven door het besluit van het college sanering om een evt. gerealiseerde boekwinst niet af te laten storten in het AFBZ.

#### *Eerste reactie Minister*

In een reactie op kamervragen n.a.v. deze juridische analyse stelt de minister van VWS dat artikel 18 WTZi en 17a WZV als zodanig niets ontnemen; ze bieden slechts de grondslag voor het college sanering om te kunnen bepalen dat een zorginstelling een meeropbrengst ten opzichte van de boekwaarde in het AFBZ moet storten. Bij de toepassing van deze grondslag in de praktijk zal uiteraard met artikel 1 Eerste protocol van het EVRM rekening dienen te worden gehouden. Uit de Awb vloeit voort dat het College sanering zorginstellingen zorgvuldig met zijn bevoegdheid moet omgaan. Dit betekent onder andere dat het College op objectieve en transparante wijze een eventueel te storten bedrag aan meeropbrengst moet vaststellen. De beslissing is een besluit in de zin van de Awb waartegen bezwaar en beroep openstaat.

Als al sprake is van inmenging in eigendomsrecht dan is deze in ieder geval bij wet voorzien en sufficiently accessible, precise and foreseeable. Ook is volstrekt helder in welke gevallen voornemens met onroerende zaken aan college gemeld moeten worden. Of artikel 1 EP EVRM in het concrete geval een rol speelt zal afhangen van de omstandigheden van het geval. Relevant is o.a. in hoeverre kan worden aangetoond dat de instelling met publiek geld vermogen heeft kunnen opbouwen. Als artikel 1 EP EVRM een rol speelt dan zal het belang van de zorginstelling moeten worden afgewogen tegen het algemeen belang van continuïteit van zorg en betaalbaarheid. In het AO over de nota (februaribrief) zegt de minister toe het eigendomsvraagstuk zorgvuldig te onderzoeken (mede in verband met level playing field voor aanbieders en doordenken van beleidsgevolgen introductie uitkeerbare winst).

## Bijlage 3

### Literatuur

Alles, M., et al. Vastgoed op eigen benen: verzelfstandiging van de exploitatie van het vastgoed in de zorgsector (rapport iov IWZ). Amsterdam: RIGO Research en Advies BV, 2002.

Arcares, GGZ Nederland, LVT, NVZ, VGN. Brief aan de leden van de vaste commissie voor VWS van de Tweede Kamer over eigendom van zorginstellingen/transparante tarieven in de gezondheidszorg, 6 september 2005.

Arcares, GGZ Nederland, LVT, NVZ, VGN. Zorgbrede Governancecode, Utrecht: 2005.

Bartman, S.M. en A.F.M. Dorresteyn. Van het concern. Vijfde druk. Deventer: Kluwer, 2003.

Breemer ter Stege, C. De zorgboulevard: chemotherapie en funschopping. ZM, 2005, no. 10., p. 12-14.

College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen. Circulaire eigendomsverhoudingen. Staatscourant, 2003, nr. 70, p. 18.

College Sanering en Bouwcollege Ziekenhuisvoorzieningen Circulaire wijzigen eigendomsverhoudingen en afstoten onroerende zaken. Staatscourant, 2004, nr. 126, p. 18.

College Sanering Ziekenhuisvoorzieningen. Onroerende zaken, juli 2005.

College Sanering Ziekenhuisvoorzieningen. Toetsingskader onroerende zaken, juli 2005.

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

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

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

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

Gerrichhauzen en Partners. Eindrapportage haalbaarheidsonderzoek zorgwooncorporatie (ioV Arcares/Open Ankh). Utrecht: Arcares, 2005

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sanders, L. De personele unie tussen zorginstelling en woningcorporatie (ioV Aedes-Arcades Kenniscentrum Wonen-Zorg). Utrecht: Aedes-Arcades, 2003.

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

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

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

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

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

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

Woonzorg Nederland. Brief aan de minister van VWS met commentaar op de 'februaribrief' inzake wijziging van de financiering van intramuraal verblijf en Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi 27657). De inmiddels vastgestelde Zorgbrede governancecode – die op termijn wellicht in de plaats treedt van de transparantie-eisen in het Uitvoeringsbesluit – lijkt overigens uitsluitend de enkelvoudige onderneming voor ogen te hebben.

# Bijlagen





## Lijst van afkortingen

AFBZ	Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BBSH	Besluit Beheer Sociale Huursector
BW	Burgerlijk Wetboek
CBZ	College bouw ziekenhuisvoorzieningen
CSZ	College sanering zorginstellingen
CTG	College tarieven zorginstellingen
CVZ	College voor zorgverzekeringen
DBC	Diagnose behandelcombinatie
EHBO	Eerste Hulp Bij Ongevallen
EP EVRM	Eerste Protocol Europees Verdrag voor de Rechten van de Mensen
ICT	Informatie- en communicatietechnologie
IT	Informatie technologie
IGT	Intragroepstransactie
IPO	Interprovinciaal overleg
nkc	normatieve kapitaallastencomponent
OK	operatiekamer
REIT	Real Estate Investment Trusts
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIBW	Regionale instellingen voor begeleid wonen
RvB	Raad van Bestuur
RvT	Raad van Toezicht
SEV	Stichting Experimenten Volkshuisvesting
VROM	Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WACC	Weighted average cost of capital
WBMV	Wet op de bijzondere medische verrichtingen
WEZ	Wet exploitatietoestemming zorginstellingen
Wfz	Waarborgfonds zorgsector
WTZi	Wet toelating zorginstellingen
WVG	Wet voorzieningen gezondheidszorg
WZV	Wet ziekenhuisvoorzieningen
zbc	zelfstandig behandel centrum
ZFW	Ziekenfondswet

## Overzicht publicaties RVZ

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

### Adviezen en achtergrondstudies

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

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

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

#### **Bijzondere publicaties**

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

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

### Signalementen met achtergrondstudies

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

### Publicaties Centrum Ethiek en Gezondheid

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

## Publicaties Commissie Bestrijding Vrouwelijke Genitale Verminking

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

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

## Werkprogramma's en jaarverslagen

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