

Bijlage: Kapitaallasten, een overzicht op hoofdlijnen.

Hieronder volgt een korte weergave op hoofdlijnen van wat kabinet en Kamer de afgelopen periode gewisseld hebben op het punt van de kapitaallasten in de cure. Met dit overzicht hoop ik u in samenhang het beleid van de afgelopen periode te kunnen toelichten alsmede aan te geven welke stappen er genomen worden in het kader van een zorgvuldige invoering van de integrale tarieven in de ziekenhuissector.

De invoering van integrale prijzen en tarieven betekent dat ziekenhuizen, volledig zelfstandig verantwoordelijk zijn voor hun investeringen in vastgoed en daarover ook het risico lopen. In de prijzen van behandelingen zijn dus ook de vastgoedkosten verdisconteerd. Kapitaallasten zijn de rente en afschrijving die betaald moet worden aan de bank in het kader van de financiering door die bank van investeringen in gebouwen en grond. Investerings in inventaris vallen niet onder dit begrip. Gemiddeld beslaan die aldus gedefinieerde kapitaallasten 6 tot 8 procent van de omzet van ziekenhuizen, met flinke uitschieters naar boven en beneden. De overgang naar volledige risicodragendheid vindt stapsgewijs plaats en loopt parallel met de invoering van de vrije prijsvorming in het B-segment.

Zoals aangekondigd in de brief "Met Zorg Ondernemen" (dd. 09/07/07) werd per 01/01/08 in de ziekenhuissector het bouwregime afgeschaft. Dat betekent dat er vanaf dat moment geen toestemming vooraf meer vereist was van de overheid (Minister of College Bouw) voor investeringen in gebouwen van ziekenhuizen. Het afschaffen van het bouwregime betrof natuurlijk alleen nieuwe investeringen. Voor investeringen waarvoor vóór die datum toestemming gegeven was, gold dat de rente en afschrijving binnen het systeem van functionele bekostiging (FB-systeem) nog in het budget van de instelling werden opgenomen. Dit noemen we nacalculatie. Die nacalculatie is de weerspiegeling van de door de overheid in het verleden goedgekeurde investeringen en is dus per individueel ziekenhuis bepaald. Ieder ziekenhuis is in dit opzicht, nog los van de lokale/regionale omstandigheden, uniek.

Vanaf 01/01/08 worden de kapitaallasten evenwel niet meer volledig nagecalculeerd. Dit heeft te maken met de introductie van vrije prijsvorming in het zogenaamde B-segment. De kapitaallasten die samenhangen met het vrije B-segment, dat per genoemde datum is uitgebreid tot gemiddeld 20 %, worden vanaf die datum niet meer nagecalculeerd. Dit betekent dat de kapitaallasten die samenhangen met de vastgoedkosten die in het B-segment worden gemaakt of daaraan zijn toe te rekenen, integraal onderdeel zijn van de vrije prijs waarover tussen aanbieder en verzekeraar onderhandeld moet worden. Daarop wordt dus risico gelopen door de instelling en dat past in het traject dat uitgezet is om te komen tot integrale prestatiebekostiging.

Het FB-systeem met zijn budgetgaranties wordt volgens die ingezette lijn geleidelijk aan vervangen door een systeem van prestatiebekostiging waarin geen budgetgaranties meer bestaan en waarin ook kapitaallasten in de prijs, waarover met de verzekeraar onderhandeld wordt, opgenomen zijn. Kort gezegd loopt het ziekenhuis dus alleen volledig risico op dat deel van zijn kapitaallasten dat overeenkomt met het percentage vrije prijsvorming in het B-segment.

Eind 2007/begin 2008 werd er nog vanuit gegaan dat het FB-systeem per 1/1/2009 zou worden afgeschaft en dat op dat moment volledige risicodragende prestatiebekostiging zou worden ingevoerd. De NZa zou per instelling een zogenaamde maatstaf ontwikkelen waarvan de kapitaallasten integraal onderdeel

zouden uitmaken. Het verschil tussen de ontwikkelde maatstaf en het historisch budget zou in enkele jaarlijkse stappen worden afgebouwd.

Daarnaast werd een overgangstraject uitgestippeld. De instelling van een commissie nadeelcompensatie maakte daar onderdeel van uit. Dat werd de commissie Haverman. De commissie zou juist de individuele verschillen per ziekenhuis moeten beoordelen en wegen.

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

Tegen die achtergrond heeft de commissie Havermans in haar advies van 30 september 2008 vervolgens afgezien van het beoordelen van individuele gevallen en voorgesteld om een generieke overgangsregeling vast te stellen die inhoudt dat het verschil tussen "kapitaallasten oud" en "kapitaallasten nieuw" (dwz zonder de kapitaallasten die samenhangen met het uitgebreide B-segment) in drie jaar gefaseerd afgebouwd moet worden. De NZa zou daarvoor een beleidsregel moeten opstellen. Daarnaast stelde de commissie Havermans voor om een zogenaamde hardheidsclausule toe te passen op het afschaffen van de nacalculatie. Deze hardheidsclausule dient ertoe te voorkomen dat ziekenhuizen ten gevolge van de invoering van integrale tarieven in onoverkomelijke problemen komen. Deze causale relatie moet door de instelling worden aangetoond en is ter beoordeling van de NZa. Tenslotte heeft de commissie Havermans mij geadviseerd als sluitstuk op de overgang een nadeelcompensatieregeling te ontwikkelen. Deze regeling zou overigens pas in werking kunnen treden nadat de overgangsmaatregelen die bij elke volgende uitbreiding van het B-segment cq bij de afschaffing van het FB aangewezen zijn, uitgewerkt zouden zijn. Ik heb het advies van de commissie Havermans per brief van 16/10/08 overgenomen en met uw Kamer besproken.

Het advies en het daarbij behorende regeringsstandpunt hebben, op het punt van de kapitaallasten, betrekking op het volledige traject dat in de komende jaren zal worden gelopen om geleidelijk en zorgvuldig ziekenhuizen te laten groeien in hun rol en verantwoordelijkheid voor investeringen in gebouwen en grond. Dit betekent dat bij elke volgende uitbreiding van het B-segment alsmede voor de afschaffing van het FB een overgangsperiode van drie jaar zal worden gehanteerd voor de overbrugging van het verschil in "kapitaallasten oud en kapitaallasten nieuw".

Vanuit bestuurlijke zorgvuldigheid geredeneerd geldt voor investeringen die in het verleden door de minister of het College Bouw zijn goedgekeurd en die pas ná 2011 daadwerkelijk gerealiseerd worden ook een overgangstermijn van drie jaar ter overbrugging van het verschil tussen "kapitaallasten oud en kapitaallasten nieuw". Dus een ziekenhuis dat in 2014, op basis van een afgegeven vergunning, zijn nieuwbouw oplevert, kan tot 2017 een beroep doen op de overgangsregeling. Voor investeringen die eerder werden goedgekeurd maar vóór 2011 worden opgeleverd en afgerekend geldt dat zij, net zoals vroeger, gewoon worden opgenomen in het FB (en dus worden nagecalculeerd) en dat de overgangsregeling vanaf 2011 uitgaat van het aldus verhoogde kapitaallastenbudget. Hetzelfde geldt voor het benutten van opgebouwde trekkingsrechten.

In oktober 2008 heeft de NZa de overgangsregeling vastgesteld en is vervolgens via een circulaire nadere uitleg gegeven. Deze nadere uitleg was nodig, aangezien er kennelijk tussen verzekeraars en aanbieders onduidelijkheid bestond over de wijze waarop de kapitaallasten in de vrije prijzen van het B-segment kunnen worden verdisconteerd. Deze circulaire draagt naar verwachting dan ook bij aan de tot standkoming van de contractering in het in het inmiddels voor 35% vrije B-segment.

Daarnaast heeft de NZA een eerste besluit inzake de toepassing van de hardheidsclausule genomen. In het najaar zal de NZa adviseren over de manier waarop kapitaallasten in de maximumtarieven, die vanaf 1/12011 gaan gelden, zullen kunnen worden opgenomen. Dan ook zal de vraag naar de verschillen in kapitaallastenintensiteit tussen verschillende (groepen) DBC's beantwoord worden.