

Vergaderjaar 2008–2009

29248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

Nr. 88

BRIEF VAN DE MINISTER EN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 26 juni 2009

Inleiding

In de kabinetsbrief van 16 januari (Kamerstuk 31 371, nr. 88) over de follow-up acties naar aanleiding van de kredietcrisis staat aangegeven dat de ontwikkelingen in het kader van de financiële crisis in de zorgsector nauwlettend zullen worden gevolgd. Daarmee begint deze brief. Daarnaast wordt in deze brief ingegaan op de kabinetsbesluitvorming over de besteding van de investeringsimpuls die het kabinet in het kader van het aanvullende beleidsakkoord beschikbaar heeft. In het verlengde daarvan wordt teruggekomen op het onderwerp marginale toets voor nieuwe bouwinitiatieven in de ziekenhuiszorg en op de motie van der Veen over immateriële vaste activa. Tenslotte is aan deze brief een bijlage toegevoegd waarin, ten behoeve van het AO op 24 juni a.s., een overzicht gegeven wordt van wat er de afgelopen periode rond kapitaallasten gewisseld is tussen kabinet en Kamer (zie bijlage).

Kredietcrisis

Effecten kredietcrisis

Het effect van de kredietcrisis op de exploitatieresultaten van zorginstellingen zal pas daadwerkelijk blijken uit de cijfers over 2009. Thans worden de jaarrekeningen over 2008 per 1 juni gedeponereerd ten behoeve van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. De ervaring leert dat in de aanlevering altijd een zekere vertraging zit. Een landelijk beeld kan vervolgens na enige bewerking worden verkregen. Op basis van de cijfers 2007 kan geconcludeerd worden dat een kleine groei van het eigen vermogen heeft plaatsgevonden, dat 25% van de ziekenhuizen verlies heeft geleden in 2007 en dat de winstmarge zich gemiddeld rond de 1 procent per jaar beweegt.

Financieringsbehoefte ziekenhuizen en GGZ-instellingen

Begin dit jaar bent u geïnformeerd over de resultaten van de quick scans die zijn uitgevoerd over uitstaande tegoeden, over in waarde verminderde aandelenportefeuilles en over de (her)financieringsbehoefte van instellingen op korte en lange termijn (hierna: quick scans).¹ Uit deze quick scans is gebleken dat ziekenhuizen, GGZ- en AWBZ-instellingen geen tegoeden hebben bij gefailleerde banken noch dat sprake is van aandelenpakketten die aanzienlijk in waarde zijn gedaald. Uit vervolgonderzoek door Price Waterhouse Coopers (PWC) onder de algemene en categorale ziekenhuizen is gebleken dat sprake is van een aanzienlijke financieringsbehoefte in de jaren 2009–2012.² Deze financierings- en investeringsbehoefte ziet zowel op herfinanciering van eerder aangegane leningen als op nieuwe leningen en komt verder voort uit de toename van het benodigde werkkapitaal ten gevolge van de DBC-invoering in ziekenhuizen en GGZ-instellingen en het terugbetalen van eerder verleende voorschotten voor onderhanden werk.

Kredietcrisis en prestatiebekostiging

De bovenstaande financierings- en investeringsbehoefte valt samen met de economische teruggang. De economische teruggang is evenwel niet het enige dat speelt. Via de invoering van prestatiebekostiging wordt risicodragendheid geïntroduceerd. Dat is beoogd beleid. Het is niet goed mogelijk om te bepalen welk deel van het effect waaruit voort vloeit. De Nederlandse Vereniging van Banken stelt dat goede plannen financierbaar blijven maar dat de prijs van financieringen zal stijgen. Ook vraagt zij snel duidelijkheid over het reguleringsperspectief. Wij zijn van mening dat de kredietcrisis ons niet mag afleiden van de ingezette weg naar risicodragende prestatiebekostiging in de zorg en dat een eventueel te nemen nieuwe maatregel met dat perspectief niet mag botsen.

Maatregelen

Het mitigeren van de effecten van de kredietcrisis krijgt in de zorg langs vier wegen vorm.

- a) aanpassing van de rentenormering door de NZa;
- b) exploitatiefinanciering;
- c) het instellen van een garantieregeling;
- d) de besteding van de investeringsimpuls.

ad. a) Aanpassing rentenormering

In de kabinetsbrief over de financiële crisis van 16 januari jl. is reeds aangekondigd dat de NZa de rentenormering voor de langlopende leningen zou gaan aanpassen. De NZa is op 12 februari hiertoe overgegaan (beleidsregel CI-1095). Dit betekent dat zorginstellingen een hogere vergoeding krijgen voor leningen ten behoeve van de financiering van (nieuw)bouwprojecten. Door de kredietcrisis voldeed de norm die voor de hoogte van de vergoeding van rentekosten door de NZa werd gehanteerd niet langer. Hierdoor bestond de kans dat instellingen met goed onderbouwde investeringsplannen zich genoodzaakt zouden voelen die plannen uit te stellen, vanwege een te lage vergoeding.

De verhoging geldt voor nieuwe leningen van zorginstellingen die op of na 1 januari 2009 zijn afgesloten en voor leningen die moeten worden overgesloten. De verhoging is tijdelijk. Na de kredietcrisis gaat de NZa de rentenorm opnieuw bekijken. Op dit moment wordt bekeken of de NZa ook de rente op leningen korter dan twee jaar zal aanpassen.

¹ Zie de brief van de regering aan de Tweede Kamer over «Follow-up acties kredietcrisis: Stand van zaken kredietmarkt» van 16 januari jl., TK 2008/09, 31 371-88.

² De rapporten zijn als bijlagen bijgevoegd en ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt van de Tweede Kamer der Staten-Generaal.

Ad. b) Exploïtatiefinanciering

Op dit moment worden gesprekken met banken, verzekeraars en zorginstellingen gevoerd om partijen nader tot elkaar te brengen en daardoor de financiering van de exploitatie van ziekenhuizen en instellingen in de geestelijke gezondheidszorg gaande te houden. Zo wordt gesproken over het aanpassen van de declaratiestructuur van DBC's omdat de gemiddelde doorlooptijd van een DBC bij bijvoorbeeld GGZ-instellingen 10 maanden is.

Ook is voor de GGZ per 1 januari de «Beleidsregel heffingsrente» van de NZa (beleidsregel CI-1096) in werking getreden die regelt dat een zorgaanbieder een vergoeding voor rentekosten mag vragen (die zij voor een lening aan een bank moet betalen) aan een zorgverzekeraar indien deze ondanks een daartoe strekkend verzoek van de zorgaanbieder geen voor-schotten betaalt aan de zorgaanbieder.

Ad. c) Garantieregeling

In overleg met de minister van EZ is besloten de Regeling Garantie Ondernemingsfinanciering (Regeling GO) van het ministerie van EZ ook open te stellen voor de cure sector in de zorg. Dat betekent dat banken voor financieringen van bouwleningen van zorginstellingen in de cure tot 50 miljoen per zorginstelling een gedeeltelijke (50%) staatsgarantie kunnen verkrijgen. Daardoor wordt het voor banken eenvoudiger om bepaalde kredieten, die mogelijk anders niet verstrekt zouden worden, toch te verstrekken. Daardoor zullen, naar verwachting, bepaalde bouwinvesteringprojecten die momenteel op het punt van starten staan daadwerkelijk doorgang kunnen vinden. Daarmee wordt de werkgelegenheid in de bouw gestimuleerd. De banken betalen een kostendeckende premie. De regeling is alleen bestemd voor «fresh money» en kent een investeringsplafond van 0,25 miljard euro. Deze regeling voor de zorg is in tweeërlei zin tijdelijk. Allereerst is zij gedurende een jaar na inwerkingtreding van de regeling opengesteld en (vervolgens) hebben de af te geven garanties een maximale looptijd van 8 jaar. Na afloop van die periode dient herfinanciering plaats te vinden tegen dan marktconforme voorwaarden.

Opgemerkt zij dat de banken ook binnen deze regeling de financierbaarheid van de plannen van zorginstellingen blijven beoordelen. Als zij besluiten te willen financieren kunnen zij een 50% staatsgarantie verkrijgen. Deze tijdelijke vorm van (gedeeltelijke) borging is een aanvulling op de al bestaande borging door het Waarborgfonds Zorg (WFZ) omdat de Regeling GO meestal een gedeelte van de noodzakelijke financiering zal afdekken (er is immers een maximum van 50 mln. opengesteld voor garantie per zorgonderneming). In de regeling zal worden opgenomen dat dit deel niet ook door het WFZ kan worden geborgd.

Bijkomend voordeel is dat de garantie juist geldt voor de periode waarin instellingen door een periode van hogere kapitaallasten heen moeten: de eerste jaren na de oplevering van nieuwbouw of grote renovatie.

De daadwerkelijke vorm en werking van de regeling zal in overleg met EZ nader worden uitgewerkt. De openstelling van de Regeling GO voor bouwfinanciering van zorginstellingen geschiedt voor rekening en risico VWS. Naar verwachting zal de regeling per 1 september in werking treden.

Ad. d) Besteding investeringsimpuls

In het kader van het Aanvullend beleidsakkoord is 320 miljoen euro ter beschikking gesteld als investeringsimpuls voor zorginstellingen. Het gaat voor 2009 om 80 miljoen, voor 2010 om 240 miljoen euro. In 2011 moet weer 50 miljoen euro worden terugbetaald. Het gaat hierbij om incident-

teel geld dat dus enkel en alleen in de genoemde jaren beschikbaar is en derhalve niet gebruikt kan worden om structurele verplichtingen aan te gaan.

Afgesproken is dat het beschikbare bedrag gelijkelijk over cure en care wordt verdeeld waarbij het denkbaar is om in de jaren 2009 en 2010 naar behoefte te schuiven tussen cure en care met in achtneming, overigens, van de afgesproken verdeling.

Besteding in de care

De aan de AWBZ toebedeelde middelen in het kader van de investeringsimpuls zullen worden ingezet voor het verder wegwerken van meerbedskamers in de verpleeghuizen en de oranje-/roodplaatsen in de gehandicaptensector.

Voor het wegwerken van deze plaatsen zijn in het verleden al toelatingen en vergunningen afgegeven. In de uitvoering van deze projecten lopen de instellingen tegen een aantal problemen aan waardoor de voortgang ernstig wordt vertraagd of zelfs wordt stil gelegd. Het gaat daarbij vooral om de kosten van interimhuisvesting en balansproblemen (waaronder boekwaardeproblemen (IVA)) waarvoor nog geen financiële middelen beschikbaar zijn. Het nog niet opgelost zijn van deze problemen heeft tot gevolg dat de betrokken instellingen, in combinatie met de invoering van integrale tarieven, in veel gevallen zelf projecten staken of dat banken willen afzien van financiering in verband met teveel risico's. In het kader van het aanvullend beleidsakkoord, waarbij is bekeken welke mogelijkheden voor ombuigingen, stabilisatie en intensivering aanwezig waren, is daarom de oplossing van deze balansproblemen ingebracht als mogelijk te nemen maatregel en heeft geresulteerd in een extra investeringsimpuls voor de zorg. Met het nu beschikbare bedrag kan van de ingediende aanvragen zo'n 45 á 50% van de plaatsen worden gehonoreerd. Binnenkort ontvangt de Kamer een brief met de uitgangspunten voor de kapitaallastenvergoeding in de integrale tarieven in de care.

Er is een aantal criteria benoemd aan de hand waarvan de beschikbare 160 mln. euro via een NZa-beleidsregel zullen worden verdeeld over de betrokken instellingen. Daarbij moet rekening worden gehouden met het feit dat de investeringsimpuls is bedoeld om de bouwsector zo snel mogelijk te stimuleren.

De te hanteren criteria zijn de volgende:

- 1) het multiplier effect (de verhouding tussen benodigde extra investering en de totale bouwsom die daarmee overeind kan worden gehouden);
- 2) wie het eerste bouwt komt als eerste in aanmerking voor de stimuleringsmiddelen (wel onder strikte voorwaarden en met toets of echt met bouw op gepland tijdstip wordt begonnen);
- 3) het aantal meerbedskamers dat wordt weggewerkt.

Op basis van deze criteria kan aan de projecten een rangorde worden toegekend (sequentieel). Aan de NZa is gevraagd om op basis van de bovenstaande uitgangspunten een beleidsregel vast te stellen. Naar verwachting zal die beleidsregel per half augustus van kracht kunnen worden.

Besteding in de cure

De voor de cure bestemde middelen zullen beschikbaar worden gesteld voor het oplossen van een deel van de balansproblemen (waaronder in ieder geval de hardheidsclausule) van een aantal instellingen (algemene, categorale en academische ziekenhuizen en GGZ-instellingen). Door deze

balansproblemen, vaak in combinatie met het huidige terughoudende financieringsbeleid van banken, hebben de betreffende instellingen moeite om de financiering van bouwinvesteringen rond te krijgen. Door de middelen hiervoor te bestemmen wordt tevens invulling gegeven aan de motie van de heer Van der Veen.¹ In het VAO-kapitaallasten is, in reactie op de motie die de heer van der Veen indiende over de immateriële vaste activa, aangegeven dat in het kader van de voorjaarsnota nagaan zou worden of er financiële ruimte gevonden zou kunnen worden. De meest kwetsbare gevallen zouden met de nu voorgestelde besteding van de investeringsimpuls opgelost kunnen worden. Zoals gezegd is in het kader van het aanvullend beleidsakkoord de oplossing van deze balansproblemen ingebracht als mogelijk te nemen maatregel. Deze balansproblemen worden door banken als risico benoemd. Door versnelde afschrijving mogelijk te maken worden banken in staat gesteld om eerder bouwinvesteringen te financieren. Hierbij wordt uitgegaan van het feit dat de voorgelegde bouwprojecten starten in 2009/2010. In nauw overleg met de NZa zal de vormgeving van de toedeling van de middelen nader worden ingevuld en zal de juridische vormgeving nader moeten worden bezien.

De combinatie van het versterken van de balans van instellingen en garantieverlening door de Staat via de Regeling GO maakt dat financiering door banken van bouwinvesteringen op korte termijn, ondanks de effecten van de kredietcrisis, beter van de grond kunnen komen.

Terugbetaling 50 miljoen

Naast de extra bedragen voor 2009 en 2010 bestaat de investeringsimpuls ook uit het inleveren van € 50 mln. in 2011. De gedachtegang hierachter is dat investeringen naar voren worden gehaald die dan later – in 2011 – niet hoeven plaats te vinden en een meevaller opleveren. Dit past echter niet in de financieringssystematiek van de kapitaallasten in de zorg. De kapitaallasten bestaan uit rente en afschrijvingskosten. Eventuele meevalers als gevolg van het investeringsprogramma van het kabinet zullen zich geleidelijk aan over een lange reeks van jaren voordoen. De € 50 mln. zal daarom vertaald moeten worden in een meerjarige reeks op basis van rente en afschrijving van 5 mln. over een periode van 10 jaar. Daarmee kan de pijn over een langere periode worden gespreid. Verdeling binnen VWS van deze 50 mln. vindt plaats naar rato van de verdeling van de beschikbare 320 mln.

Marginale toets

In de kabinetsreactie op het advies van de Commissie Havermans is voorgesteld om een marginale toets in te voeren.² Hiermee werd gereageerd op de constatering van deze commissie dat er geen mogelijkheid is om nieuwe investeringen³ alsnog tijdelijk in het FB-systeem op te nemen en daardoor (tijdelijk) voor nacalculatie in aanmerking te brengen. Die nacalculatie is, volgens het kabinetsstandpunt, alleen mogelijk als een marginale toets wordt uitgevoerd. Op de vorm en inhoud van deze marginale toets zou nog worden teruggekomen.

De NZa heeft kanttekeningen geplaatst bij de uitvoerbaarheid en wenselijkheid van een marginale toets. De NZa vindt dat van een marginale toets een verkeerd signaal uit zou gaan, in die zin dat het twijfel kan oproepen over het gewenste eindmodel van prestatiebekostiging. Dat kan vervolgens de transitie naar meer marktwerking in de zorg bemoeilijken. Uit signalen van veldpartijen blijkt verder dat banken al strengere normen zijn gaan hanteren voor de beoordeling van financieringsaanvragen. Een

¹ Motie van de leden van der Veen en Schippers, TK 2008/09, 29 248, nr. 68.

² TK 2008/09, 29 248, nr. 63.

³ Nieuwe investeringen zijn investeringen die niet meer onder de vergunningplicht van de WTZi tot stand zijn gekomen.

marginale toets door of namens de overheid zou dit bedoelde proces weer doorkruisen.

Wij kunnen ons vinden in deze argumentatie en willen de NZa volgen in haar advies om af te zien van invoering van de marginale toets. De argumenten van de NZA wegen voor mij zwaar, gekoppeld aan het feit dat invoering van prestatiebekostiging per 1/1/2011 doorgang vindt en vanwege de uitbreiding van het B-segment per 1/1/2009 waardoor ziekenhuizen voor een belangrijk deel van hun productie integraal risico gaan lopen. Het daarmee corresponderende deel van de kapitaallasten van nieuwe investeringen komt niet meer in aanmerking voor nacalculatie via het A-segment.

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

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. Bussemaker

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. Investeringen 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 overgangperiode 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 trekingsrechten.

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 1/1/2011 gaan gelden, zullen kunnen worden opgenomen. Dan ook zal de vraag naar de verschillen in kapitaallastenintensiteit tussen verschillende (groepen) DBC's beantwoord worden.