

Vergaderjaar 2008–2009

**29 248**

## **Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)**

**Nr. 63**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 16 oktober 2008

Op 30 september 2008 heb ik het advies van de commissie nadeelcompensatie ziekenhuizen (Commissie Havermans) in ontvangst genomen. Het advies voeg ik, als bijlage 1)<sup>1</sup>, integraal aan deze brief toe. Bij die gelegenheid heb ik mijn waardering uitgesproken voor het feit dat de commissie binnen de termijn genoemd in de instellingsbeschikking, haar advies heeft afgerond. In het vervolg van deze brief ga ik nader in op de verschillende elementen uit het advies van de commissie en formuleer ik mijn standpunt daarbij. Om te beginnen wil ik evenwel de commissie positioneren in het grotere geheel van de invoering van prestatiebekostiging bij ziekenhuizen.

In mijn brief van 9 oktober 2007 aan de NVZ en in de toelichting bij de instellingsbeschikking van de commissie ben ik uitgebreid ingegaan op het belang van zekerheden voor de ziekenhuissector en op het belang dat ik hecht aan zorgvuldige invoering van prestatiebekostiging met risicodragende kapitaallasten. Kort samengevat ging het daarbij om:

- stapsgewijze invoering van de maatstafconcurrentie/meerjarige zekerheid;
- ruimte voor volumegroei;
- behoud van de rol van de overheid bij het Waarborgfonds;
- monitoring van de vermogenskostenvergoeding;
- behoud van boekwinsten voor de zorginstelling en;
- de maatwerkbenadering voor specifieke gevallen.

De instelling van de commissie nadeelcompensatie ziekenhuizen maakt dus onderdeel uit van de door mij voorgestane zorgvuldige invoering van prestatiebekostiging.

Het advies van de commissie bestaat uit drie bouwstenen: overgangsregeling, rekenmodel en nadeelcompensatie. Ook geeft de commissie nog een aantal aandachtspunten mee. In het vervolg van deze brief beschrijf ik

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

elk van de bouwstenen en aandachtspunten en formuleer ik vervolgens bij elk onderdeel van het advies van de commissie mijn standpunt.

### **Veranderende beleidscontext**

De commissie constateert dat de beleidscontext voor het advies lopende de werkzaamheden van de commissie veranderde. Begin 2008, het moment waarop de commissie werd ingesteld, werd nog uitgegaan van invoering op 1/1/2009 van prestatiebekostiging onder een maatstaf met volledig risicodragende kapitaallasten. Met de brief «Waardering voor betere zorg II» van 28 mei 2008 (29 248, nr. 47) is dat gegeven van tafel verdwenen en is vervolgens besloten het B-segment uit te breiden tot gemiddeld 34% en het systeem van functiegerichte bekostiging (FB-systeem) te laten bestaan. Dat betekende dat een groot deel van de nacalculatie op kapitaallasten in ieder geval in 2009 blijft bestaan, aldus de commissie. Ik ben het met de commissie eens dat door mijn brief van 28 mei 2008 het invoeringstraject ook voor risicodragende kapitaallasten gewijzigd is. Volledigheidshalve zij vermeld dat mijn brief van 28 mei 2008 niets afdoet aan het eindperspectief van invoering van prestatiebekostiging met risicodragende kapitaallasten.

### **Overgangsregeling (met hardheidsclausule)**

Het advies om een overgangsregeling (met hardheidsclausule) voor de kapitaallasten in te voeren is naar mijn mening het belangrijkste punt van de commissie. Zij adviseert om bij iedere overheveling van het A-segment naar het B-segment op het punt van de kapitaallasten een fasering aan te brengen in de risicodragendheid van de met die overheveling samenhangende kapitaallasten. Die overgang zou, bij iedere stap, drie of vier jaren moeten duren.

De commissie komt tot dit advies omdat daarmee de overgang naar risicodragendheid van de kapitaallasten over meerdere jaren gespreid wordt waardoor de overgang door de ziekenhuizen beter gemaakt kan worden dan wanneer sprake zou zijn van overgang naar risicodragendheid in één keer. Ook adviseert de commissie bij elke vervolgstap in de richting van prestatiebekostiging eenzelfde gefaseerde overgang op het punt van de kapitaallasten te hanteren.

Op beide punten onderschrijf ik het advies van de commissie. Ik denk dat zowel de zekerheid die een gefaseerde invoering van risicodragendheid van de kapitaallasten biedt bij de aanstaande uitbreiding van het B-segment naar (gemiddeld) 34%, als de duidelijkheid over zo'n overgang bij stappen in de verdere toekomst van groot belang zijn. Ik zal de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vragen om zo'n overgangsregeling, vóór 1/1/2009, in de WMG-beleidsregels op te nemen. (In ambtelijk overleg tussen VWS en NZa is al het nodige voorwerk gedaan). Ik zal daarbij aangeven een voorkeur voor een afbouw in drie jaar te hebben waarbij, voor de uitbreiding per 1/1/2009, in 2009 nog 75% van de met de uitbreiding van het B-segment samenhangende kapitaallasten worden nagecalculeerd, in 2010 nog 50% en in 2011 nog 25%. Het gaat daarbij om de kapitaallasten die bij de schoning door de NZa meegaan naar het B-segment. Ik teken daarbij aan dat het daarbij gaat om WZV/WTZi-goedgekeurde kapitaallasten. Ik kies dus voor een overgangstermijn van drie jaren. Reden daarvoor is dat een groot gedeelte van de kapitaallasten nog nagecalculeerd blijft in het FB. Een overgangstermijn van vier jaar is daarom niet nodig omdat in dat geval het perspectief op volledige risicodragendheid weer te ver naar achteren in de tijd zou opschuiven.

Omdat de omvang van het B-segment per instelling verschilt, verschilt ook de omvang van de daarmee samenhangende kapitaallasten per instel-

ling. Dat betekent weer dat de NZa voor de concrete toepassing van de te ontwerpen overgangsregeling per individuele instelling berekeningen moet (laten) maken.

De door de commissie voorgestelde aanpak past in mijn benadering van overwogen en gefaseerde invoering van prestatiebekostiging en de daar onlosmakelijk mee verbonden risicodragendheid van kapitaallasten. Dit is natuurlijk voor alle ziekenhuizen van belang maar door dit voorstel wordt met name de overgangsproblematiek van de ziekenhuizen die net vóór de systeemwijziging grote investeringen hebben gedaan resp. die op korte termijn hun nieuwbouw/renovatie zullen opleveren, verlicht. Zij kunnen immers nog enkele jaren, zij het in aflopende mate, rekenen op nacalculatie van hun verhoogde kapitaallasten. Daarmee wordt de verhoging van de kapitaallasten in de eerste jaren na oplevering van nieuwbouw/renovatie afgetopt.

Ook bij een verdere afbouw van het FB zal een gefaseerde overgang gelden voor de op dat moment nog in het FB opgenomen gebouwgebonden kapitaallasten.

De academische ziekenhuizen behoorden niet tot het werkterrein van de commissie. De door de commissie te ontwikkelen criteria zouden wel worden toegepast op de academische ziekenhuizen. Het door de commissie aangereikte advies maakt het mogelijk om academische en algemene ziekenhuizen onder eenzelfde overgangsregeling te brengen. Dat is ook in lijn met de notitie «Publieke functies van de UMC's in een markt-omgeving» van december 2006 waarin is vastgelegd dat academische ziekenhuizen op gelijke voet met de algemene ziekenhuizen risico gaan lopen over de prijzen en het volume van de zorg en de daarmee samenhangende kapitaallasten.

– *Terugwerkende kracht voor stap 1/1/2008*

De commissie adviseert om de risicodragendheid van de kapitaallasten die samenhangen met de uitbreiding, per 1/1/2008, van het B-segment van 10 naar 20% in de overgangsregeling te betrekken. Zij geeft daarbij aan dat er mogelijk technische bezwaren zijn tegen een dergelijke aanpak. Immers de contracten zijn al gesloten en wellicht ook zijn er al declaraties betaald.

Technisch lijkt het inderdaad ingewikkeld om de geadviseerde terugwerkende kracht te realiseren. Daarnaast ben ik van mening dat zich door deze risicodragendheid geen problemen voordoen. Ik ben dan ook niet voornemens de gemaakte stappen in risicodragendheid van de kapitaallasten van de eerdere uitbreiding, terug te draaien. Ik neem deze eerdere stap daarom niet mee in de overgangsregeling.

– *Hardheidsclausule.*

De hardheidsclausule is, volgens de commissie, een belangrijk onderdeel van de overgangsregeling. Zij dient om de toezegging «dat geen enkel ziekenhuis in onoverkomelijke problemen zal komen ten gevolge van de afschaffing van de nacalculatie» inhoud te geven. De commissie overweegt dat de gefaseerde invoering van prestatiebekostiging op zich al een dempende werking heeft op het risicoprofiel van een ziekenhuis, dat de voorgestelde overgangsregeling op het specifieke punt van de risicodragendheid van kapitaallasten een zelfde effect heeft maar dat een extra en bijzonder vangnet, ook om redenen van bestuurlijke en juridische zorgvuldigheid, aangewezen is. Dat vangnet is de hardheidsclausule. De hardheidsclausule is een instrument dat individueel maatwerk mogelijk moet maken.

Vanzelfsprekend handhaaf ik mijn eerder op dit punt gedane toezegging. Ik teken daarbij aan dat de NZa als ZBO, op grond van de Algemene Wet bestuursrecht, de mogelijkheid heeft om van haar eigen beleidsregels af te wijken indien toepassing van de beleidsregel voor de betrokken aanbieder onevenredige gevolgen zou hebben. Desondanks zal ik de NZa verzoeken om in de te ontwerpen beleidsregel voor de overgangsregeling de hardheidsclausule expliciet op te nemen. Het gaat daarbij om een individuele beoordeling, waarbij de bewijslast op twee punten bij de instelling ligt. Allereerst dient aangetoond te worden dat de instelling in zijn voortbestaan bedreigd wordt. Ik zal de NZa vragen na te gaan of een relatie gelegd kan worden met het rekenmodel dat de commissie presenteert. Ten tweede dient de relatie met het opheffen van de nacalculatie op kapitaallasten aangetoond te worden.

In het eerdere debat speelde de teruggang in solvabiliteit een belangrijke rol en dat punt komt in het bovenstaande niet terug. Het werd gebruikt als nadere invulling van «onoverkomenlijke problemen». Duidelijk moge zijn dat «een onevenredige teruggang in solvabiliteit» niet zo gemakkelijk te operationaliseren is. Aangetekend zij verder dat het thema opgevoerd werd op een moment dat nog sprake was van een overgang van budgettering naar prestatiebekostiging in één keer. Als eerder aangegeven, er is sprake van een tweevoudige fasering. Dat maakt de kans dat bij een instelling sprake is van «een onevenredige teruggang in solvabiliteit» ten gevolge van de invoering van risicodragende kapitaallasten onwaarschijnlijk is. Het voorgaande betekent dan ook dat een onevenredige teruggang in de solvabiliteit geen reden is om aanspraak te maken op de hardheidsclausule.

– *Consequentie voor de risicodragendheid van verzekeraars*

In mijn recente brief over het risicovereenigingssysteem 2009 heb ik als uitgangspunt gehanteerd dat een toename van risicodragendheid van ziekenhuizen enerzijds en zorgverzekeraars anderzijds zo goed mogelijk met elkaar moeten sporen opdat beide partijen maximaal geprikkeld zijn om te komen tot serieuze onderhandelingen over prijs en kwaliteit. De overgangsregeling heeft als beoogd effect dat de risicodragendheid op kapitaallasten geleidelijker dan eerder werd vastgelegd toeneemt. Die geleidelijkheid zou dus, gegeven mijn uitgangspunt, ook in de risicodragendheid van verzekeraars moeten doorwerken. Dat vergt een uitstapje naar de techniek.

Op de kosten van de dbc's die al in 2008 tot het B-segment behoren, het zogenaamde deelbedrag kosten van B-dbc's, worden de verzekeraars in 2009, inclusief de daarmee samenhangende kapitaallasten, voor 15% nagecalculeerd.

De kosten van de dbc's, waarmee het B-segment in 2009 wordt uitgebreid van 23 naar 34% worden, inclusief de daarmee samenhangende kapitaallasten, als 100% variabel aangemerkt en toegerekend aan het deelbedrag variabele kosten. Dat betekent dat verzekeraars er in 2009 60% risico op lopen. In 2010 zullen de kosten van deze dbc's tot «het deelbedrag kosten van B-dbc's» worden gerekend. In 2010 gaan de verzekeraars 100% risico lopen op het totaal van de kosten van het B-segment.

Als gevolg van de fasering van de overheveling van de kapitaallasten zal de omvang van «het deelbedrag kosten van B-dbc's» afnemen en als gevolg daarvan zal ook de risicodragendheid van verzekeraars gedurende de overgangsregeling afnemen.

– *Rol College bouw zorgvoorzieningen tot 2010*

Voor de volledigheid wil ik vermelden dat het College bouw zorgvoorzieningen in ieder geval tot 1/1/2010 eindafrekeningen blijft beoordelen op basis waarvan vervolgens bij de NZa om budgetaanpassing gevraagd kan worden. Het gaat daarbij om projecten waarvoor vóór 1/1/2008 vergun-

ning is afgegeven. Het kan daarbij ook gaan om afrekeningen van deelprojecten, mits volledig afgerond en mits daarvoor in de vergunning een afzonderlijk investerings- of huurbedrag zijn opgenomen. Ook andere aanvragen die voortvloeien uit eerdere vergunningverlening, zoals goedkeuring van meer en minderwerk en de goedkeuring van aanbestedingsresultaten zullen in ieder geval tot 1/1/2010 door het Bouwcollege worden afgehandeld. Dat is het moment waarop het Bouwcollege geen wettelijke taken meer zal hebben.

### **Rekenmodel**

De commissie heeft het zgn kasstroommodel van Finance Ideas, dat ook tijdens een eerder Algemeen Overleg aan de orde was, aangepast en verbeterd. Dat is gebeurd op basis van een advies van Fakton financiële vastgoedadviseurs. Het betreffende advies aan de commissie is als bijlage in het commissieadvies opgenomen. De belangrijkste aanpassing is gelegen in het feit dat de commissie uitgaat van de zgn «going concern-benadering». Dat betekent dat ervan wordt uitgegaan dat ziekenhuizen ook ná de gehanteerde termijn van 40 jaar blijven bestaan en dan ook een restwaarde hebben die van belang is bij het beoordelen van de financiële positie van ziekenhuizen. In het Finance Ideas-model werd uitgegaan van een restwaarde die gelijk was aan de grondwaarde. Ook zijn parameters aangepast. Dat betreft vooral het gehanteerde groei-percentage: waar Finance Ideas uitgaat van ongeveer 2 procent groei per jaar, gaat de commissie, op basis van gegevens uit de markt uit van 4 procent groei. Tenslotte hanteert de commissie, mede op gezag van het Waarborgfonds, een streefsolvabiliteit van 15 procent. Finance Ideas hanteerde 30 procent. Ziekenhuizen kunnen zelf de aanpassingen in het model en de gehanteerde parameters in hun eigen model opnemen en zodoende een beeld krijgen van hun eigen financiële situatie.

De commissie heeft met behulp van dit aangepaste model berekeningen voor alle ziekenhuizen uit laten voeren. Daaruit blijkt dat alle ziekenhuizen, met één uitzondering, de overgang zouden moeten kunnen maken. Tegelijkertijd realiseert de commissie zich, mede op aangeven van Fakton, dat een dergelijke modelmatige benadering specifieke kenmerken van individuele ziekenhuizen niet meeneemt en gebaseerd blijft op aannames die niet noodzakelijkerwijs werkelijkheid worden. Mede daarom adviseert de commissie om een generieke overgangsregeling te hanteren. Ik sluit mij bij deze redenering aan.

### **Nadeelcompensatieregeling**

De commissie schrijft, mede op basis van extern juridisch advies, dat in deze fase van de systeemwijziging nadeelcompensatie aan individuele instellingen niet aan de orde kan zijn. Nadeelcompensatie is een sluitstuk, een aanspraak welke pas definitief beoordeeld kan worden als de schadeveroorzakende appelabele besluiten onherroepelijk zijn geworden. De commissie vindt wel dat het leerstuk van de nadeelcompensatie de minister een goed handvat geeft om aan het einde van het overgangstraject (bedoeld wordt; overgangstraject naar volledige prestatiebekostiging) die instellingen te compenseren welke door de overgang onevenredig benadeeld zijn in hun concurrentiepositie ten opzichte van de overige ziekenhuizen. Toekenning dient plaats te vinden op basis van een vooraf gepubliceerde nadeelcompensatieregeling. De commissie reikt generieke en specifieke elementen voor zo'n nadeelcompensatieregeling aan. Het is gebruikelijk om voor de individuele beoordeling op het recht van nadeelcompensatie gebruik te maken van een schadebeoordelingscommissie en hierin drie onafhankelijke deskundigen te benoemen: een (nadeelcompensatie)jurist, een taxateur en een accountant.

Instellingen hebben schadebeperkingsplicht, benadeelde partijen kunnen zich niet gedragen alsof er niets veranderd is. Wel mogen instellingen van de overheid een zorgvuldige en rechtmatige overgang verwachten. Een tweede reden voor de commissie om te adviseren een overgangsregeling te hanteren.

Het advies om een nadeelcompensatieregeling op te stellen neem ik over. Het gaat daarbij om een regeling waarop pas aan het einde van het invoeringstraject van prestatiebekostiging en de daarbij behorende overgangsregeling een beroep gedaan kan worden. Deze regeling verschilt van de hardheidsclausule die onderdeel uitmaakt van de overgangsregeling. De hardheidsclausule wordt door de NZa toegepast en ziet op continuïteit van de instelling en de relatie met de afschaffing van de nacalculatie. Nadeelcompensatie is een instrument van de minister van VWS waarop een beroep gedaan kan worden. Op deze wijze wordt invulling gegeven aan de nadeelcompensatie zoals ons recht dit kent. Het betreft geen uitbreiding van het geldend recht op compensatie. Volgens geldend recht is eventuele nadeelcompensatie geen automatisme en hebben instellingen bovendien de plicht de schade te beperken, wetende dat de situatie verandert.

### **Overige aandachtspunten**

De commissie heeft tenslotte enkele aandachtspunten aangereikt. Ik loop ze langs.

- Allereerst adviseert de commissie om de immatriële vaste activa (IVA) mee te nemen in de overgangsregeling. Zoals ik al eerder schreef in mijn brief van 5 september 2008 is een belangrijk deel van de IVA WTZi/WMG-goedgekeurd. Aldus gezien is er dan ook een directe relatie met de afschaffing van het bouwregime te leggen en ligt het voor de hand het advies van de commissie op dit punt over te nemen. Dat betekent dus dat net als bij de gebouwgebonden kapitaallasten slechts een deel van de IVA risicodragend wordt en dat deel loopt mee met de gefaseerde afbouw. Op deze manier ontstaat zekerheid en duidelijkheid voor de toekomst op dit punt. Accountants kunnen daar rekening mee houden bij het hanteren van de boekhoudregels en is afschrijving van IVA in één keer, waarvan eerder sprake was, niet langer noodzakelijk.
- Vervolgens adviseert de commissie om nieuwe investeringen voor nieuwbouw en grote renovatie (tijdelijk) alsnog voor nacalculatie in aanmerking te brengen. Het gaat hierbij om investeringen die, na de opheffing van het bouwregime per 1/1/2008, niet meer vooraf behoeven te worden goedgekeurd en dus geheel voor rekening en risico van de instelling komen. Door de (gedeeltelijke) handhaving van het FB bestaat er evenwel geen mogelijkheid om dergelijke investeringen in de bestaande tarieven te verdisconteren. Het B-segment is nog te klein om grote investeringen terug te kunnen verdienen. Ik realiseer mij dat overnemen van het advies van de commissie een (tijdelijke) stap terug zou zijn op het ingezette dereguleringspad en in oude termen neer zou komen op een actualisatie van de bouwprioriteitenlijst, een instrument dat we sinds de afschaffing van het bouwregime niet meer kennen. Duidelijk is dat ziekenhuizen die nu zonder voorafgaande goedkeuring willen investeren in nieuwbouw en renovatie op voorhand rekening moeten houden met het feit dat het B-segment een substantiele omvang gekregen heeft en dat de nacalculatie daarvoor in ieder geval niet meer zal gelden. Die risicodragendheid zal in de toekomst alleen maar toenemen. Dat perspectief zal ervoor zorgen dat er geen onverantwoorde investeringen gedaan zullen worden.

Een marginale toets acht ik evenwel op zijn plaats. Over de precieze vormgeving beraad ik mij nog. In de toegezegde brief over het prijsbeheersingsinstrument zal ik u nader informeren. Ik teken hierbij nu al aan dat voor deze projecten de overgangsregeling voor de nu aanstaande uitbreiding van het B-segment niet zal gelden, immers een vrij B-segment is voor hen inmiddels een gegeven. Het gedeelte van de investering dat neerslaat in het FB zal, op het moment dat het FB wordt afgeschaft, wel meelopen in de dan van toepassing zijnde overgangsregeling.

- Als derde aandachtspunt doet de commissie het voorstel om de opbouw van de trekkingsrechten te verminderen met een percentage dat correspondeert met de uitbreiding van het B-segment. De commissie doelt hier vooral op de zgn. incidentele trekkingsrechten. Zoals hierboven aangegeven houd ik het advies om investeringen in nieuwbouw en renovaties weer gedeeltelijk en tijdelijk te gaan nacalculeren nog in beraad. In de aangekondigde brief zal ik ook nader ingaan op het punt van de trekkingsrechten.
- Als laatste aandachtspunt adviseert de commissie de rol van het Waarborgfonds voor Zorginstellingen in ieder geval te handhaven tot het moment dat risicodragende kapitaallasten in zijn geheel zijn ingevoerd. Op dit punt volsta ik met een verwijzing naar mijn brief «Met Zorg ondernemen» waarin ik al schreef dat de achtervangfunctie van het rijk in ieder geval tot 2012 in stand blijft.

### **Budgettaire consequenties**

- Uitgangspunt is dat de overgangsregeling niet leidt tot additionele kosten. De overgangsregeling heeft alleen betrekking op al eerder goedgekeurde bouwprojecten. Die projecten zaten op het moment van goedkeuring al in het Budgettair Kader Zorg (BKZ). Dat geldt ook voor geactiveerde trekkingsrechten. De nacalculatie erop zou worden afgeschaft voor zover ze tenminste betrekking had op het B-segment. Die afschaffing zal nu gedurende een bepaalde tijd gedeeltelijk plaatsvinden. Dat betekent dat de overgangsregeling per definitie niet leidt tot additionele kosten. Wanneer ziekenhuizen extra gaan investeren als gevolg van de overgangsregeling zou dat via de nacalculatie tot een budgettair effect kunnen leiden. Aangezien echter sprake is van een toenemende risicodragendheid van instellingen met betrekking tot de kapitaallasten is de verwachting niet dat het investeringsgedrag wijzigt en dit risico zich niet voordoet.
- hetzelfde geldt voor de IVA, ook die zitten nu in de budgetten en zouden risicodragend worden. Dat gebeurt nu gefaseerd.
- de budgettaire consequentie van het voor nacalculatie in aanmerking brengen van nieuwe projecten is op dit moment niet precies te bepalen omdat geen totaaloverzicht bestaat van dergelijke voorname-ns maar de inschatting is dat dit risico beperkt is.
- de kosten van de hardheidsclausule en vooral de nadeelcompensatie zijn bijna per definitie niet op voorhand aan te geven omdat deze zich, voorzover het hanteren ervan al nodig is, pas over enkele jaren voordoen.
- Kortom, de financiële risico's zijn beperkt, maar wanneer ze zich toch blijken voor te doen dienen ze te worden ingepast in de voorjaarsbesluitvorming.

De door de commissie nadeelcompensatie ziekenhuizen aangereikte aanpak past in mijn zorgvuldige en gefaseerde invoering van prestatie-bekostiging en risicodragende kapitaallasten. Op het punt van de kapitaal-lasten geeft het advies voor de korte en langere termijn zekerheid en

vooral, wat misschien nog belangrijker is, duidelijkheid aan partijen over hoe er met kapitaallasten zal worden omgegaan bij het verder toekennen van verantwoordelijkheden aan ziekenhuizen.

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