

Vergaderjaar 2009–2010

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

G

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 14 mei 2010

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Jeugd en Gezin¹ heeft in haar vergadering van 13 april 2010 gesproken over de brief van 1 april 2010 inzake de overgangsregeling kapitaallasten en de voorhang van de voorgenomen aanwijzing (Kamerstukken I 2009/10, 29 248, F). Op 20 april 2010 heeft tevens een technische briefing over dit onderwerp plaatsgevonden.

Naar aanleiding daarvan heeft zij de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op 27 april 2010 nog een brief gestuurd.

De minister heeft op 12 mei 2010 gereageerd.

De commissie brengt bijgaand verslag uit van het gevoerde schriftelijk overleg.

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Jeugd en Gezin,
Warmolt de Boer

¹ Samenstelling:

Werner (CDA), Van den Berg (SGP), Dupuis (VVD) vicevoorzitter, Rosenthal (VVD), Swenker (VVD), Tan (PvdA), Van de Beeten (CDA), Slagter-Roukema (SP) voorzitter, Linthorst (PvdA), Biermans (VVD), Putters (PvdA), Hamel (PvdA), Engels (D66), Thissen (GL), Goyert (CDA), Peters (SP), Quik-Schuijt (SP), Huijbregts-Schiedon (VVD), Laurier (GL), Ten Horn (SP), Meurs (PvdA), Leunissen (CDA), De Vries-Leggedoor (CDA), Koffeman (PvdD), Kuiper (CU), Lagerwerf-Vergunst (CU), Yildirim (Fractie-Yildirim), Flierman (CDA) en Benedictus (CDA).

BRIEF AAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Den Haag, 27 april 2010

De commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport / Jeugd en Gezin (VWS/JG) heeft in haar vergadering van 13 april 2010 gesproken over uw brief van 1 april 2010 inzake de overgangsregeling kapitaallasten en de voorhang van de voorgenomen aanwijzing (Kamerstukken I 2009/10, 29 248, F). Op 20 april 2010 heeft tevens een technische briefing over dit onderwerp plaatsgevonden, die de commissie als verhelderend heeft ervaren. De commissie heeft desondanks nog enkele vragen over de overgangsregeling.

Nog niet geheel duidelijk is hoe de verschillende onderdelen van de in de brief geschetste kapitaallastenproblematiek zijn afgebakend en hoe de daarop afgestemde oplossingen zijn ingevuld. Zo wordt op pagina 2 in een en dezelfde zin gerefereerd aan de immateriële vaste activa (bijvoorbeeld plan-, aanloop- en ontwikkelkosten) en aan de resterende boekwaarden van buiten gebruik gestelde gebouwen. De laatstgenoemde restwaarden zijn echter in de jaarrekeningen van ziekenhuizen tot op heden steeds verwerkt onder de materiële vaste activa. Kan een eenduidige afbakening van de problemen en de daarbij behorende oplossing worden gegeven?

In dit verband wordt ook gewezen op pagina 5 van de brief, waarin ten aanzien van de resterende boekwaarden bij het buiten gebruik stellen van gebouwen wordt gesteld dat deze «regulier met het thans toepasselijke jaarlijkse afschrijvingspercentage van de aanschafwaarde in de garantie meelopen(bouw 2%)». Tot nu toe zijn – conform de notitie «Transparantie en integrale tarieven in de gezondheidszorg»¹ – de nog resterende leningen steeds opgeteld bij de nieuwe leningen en opnieuw op 50-jarige basis vergoed via de WTG tarieven. Betekent dit dat ter zake van deze restwaardeproblematiek feitelijk geen aanvullende oplossing aan de ziekenhuizen wordt geboden? Is daarvan niet het gevolg dat vele ziekenhuizen bijna onvermijdelijk geconfronteerd gaan worden met een boekhoudkundig afwaarderingsprobleem? Immers, hierdoor neemt de kans dat de toekomstige terugverdienmogelijkheden lager uitvallen dan de waarde van de gebouwen zoals die thans in de jaarrekening zijn opgenomen, sterk toe. Het was toch juist deze problematiek die een gemakkelijke transitie naar een integraal tarief in de weg stond? Tevens is het de vraag of hier nog wel sprake is van een level-playingfield tussen ziekenhuizen met en zonder restwaardeprobleem uit het verleden. Immers, een substantiële afwaardering van de activa resulteert in een absoluut lager eigen vermogen en dus tot een lagere solvabiliteitsratio. Deze ratio speelt in de dagelijkse praktijk van de kredietverlening door banken een grote rol. Een daling kan leiden tot hogere risico opslagen in de rente en dus tot hogere kosten en zelfs tot opeisbaarheid van lopende leningcontracten. Indien sprake is van een gegarandeerde vergoeding voor de huisvestingslasten behoeft deze fictie geen problemen op te leveren. Graag ontvangen de leden van de commissie hierop een reactie.

Naast de problematiek rond de immateriële vaste activa (IVA) en de restwaarde van gebouwen, speelt de vraag van de bovengemiddelde kapitaallasten in geval van recente bouw. Deze problematiek wordt in de brief van de minister wel benoemd, maar niet duidelijk is hoe deze materie structureel wordt opgelost. Er is hierbij niet alleen sprake van actuele problematiek bij recent gerealiseerde bouw of van een problematiek die in vijf à zes jaar kan worden opgelost: bovengemiddelde kapitaallasten kunnen de exploitatie van een nieuw ziekenhuis voor een

¹ Aangeboden bij brief van 8 maart 2005, (Kamerstukken II 2004/05, 27 659, nr. 52 en bijlage).

langere tijd belasten. Ieder volgend nieuwbouwproject leidt bijna per definitie tot een bovengemiddelde kapitaallastencomponent in de exploitatie. De commissie hoort graag hoe de minister dit aspect ook in structurele zin denkt op te lossen en of daarvoor voldoende budget beschikbaar is.

De inschatting wordt gemaakt dat met de garantieregeling jaarlijks gemiddeld 75 miljoen euro zal zijn gemoeid. Waarop is deze schatting gebaseerd? Is het resultaat niet ook afhankelijk van de verhouding tussen ziekenhuizen die zeer succesvol zijn in het uitbreiden van de productie en andere ziekenhuizen die dat niet lukt?

Op welke wijze kan de hoogte van de vergoeding worden vastgesteld die een ziekenhuis heeft ontvangen middels de tarieven, wanneer de vergoeding voor de huisvestingslasten integraal onderdeel uitmaakt van die tarieven?

Aangegeven wordt dat ziekenhuizen middels uitbreiding van de productie eventuele onevenwichtigheden die samenhangen met de overgangsregeling kunnen opvangen. Zal een dergelijk streven de komende jaren niet strijdig blijken met het Budgettair Kader Zorg? Vertoont deze suggestie niet ook frictie met de beleidsopvattingen over een gewenste verschuiving van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn?

Kan de minister voorts toelichten hoe de uitkomsten van de NZA enquête zich verhouden met de uitkomsten van het onderzoek uit 2007, dat in opdracht van het ministerie van VWS is uitgevoerd door Finance Ideas¹? In dit laatste onderzoek wordt de conclusie getrokken dat het niet mogelijk is om, uitgaande van het huidige vergoedingensysteem, over te gaan tot een systeem waarbij risico's bij de ziekenhuizen worden gelegd. Om dit te bereiken zal de vergoeding voor de directe huisvestingskosten met ongeveer 2% moeten worden verhoogd.

Tot slot vraagt de commissie ten koste van welke middelen de garantieregeling en eventuele tegenvallers worden gefinancierd. De commissie verzoekt de minister niet eerder over te gaan tot het geven van de voorgenomen aanwijzing aan de NZa dan nadat zij kennis heeft kunnen nemen van de antwoorden op de hier gestelde vragen. De commissie ziet uw reactie met belangstelling tegemoet.

Drs. T. M. Slagter-Roukema
Voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Jeugd en Gezin

¹ Vermeld in de brief Met zorg ondernemen (Kamerstukken II 2006/07, 27 659/29 248, nr. 84).

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Den Haag, 12 mei 2010

Bijgaand treft u de antwoorden aan op de vragen die de vaste kamercommissie van VWS voor de Eerste Kamer heeft gesteld naar aanleiding van de voorhangbrief inzake de overgangsregeling kapitaallasten en de technische briefing van 20 april jongstleden.

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

Kan een eenduidige afbakening van de problemen en de daarbij behorende oplossing worden gegeven?

De kapitaallastenproblematiek bestaat uit drie onderdelen:

- Immateriële vaste activa (IVA): onder deze post vallen in ieder geval aanloopkosten (kosten gemaakt tijdens de realisatie van nieuwbouw), aanloopverliezen (kosten van gedeerde productie ten gevolge van het in gebruik nemen van nieuwbouw), stichtingskosten (vergelijkbaar met aanloopkosten) en emissiekosten van leningen (extra kosten die verbonden waren met het aangaan van obligatieleningen).
- Restwaardeproblematiek, ook wel materiële vaste activa (MVA) genoemd: onder deze post valt de resterende boekwaarde bij het afstoten van buiten gebruik gestelde gebouwen als gevolg van het in gebruik nemen van nieuwbouw. Er staan geen inkomsten meer tegenover de afgestoten gebouwen, terwijl er wel nog afschrijvingslasten aan verbonden zijn. Hieronder zijn ook begrepen de zogenaamde virtuele vaste activa (panden die in het verleden gesloopt zijn voordat de levensduur volgens de FB-systematiek voorbij was, maar waar in het kader van de bekostiging nog op afgeschreven wordt ten behoeve van een daarvoor te ontvangen vergoeding).
- Hoger dan gemiddelde kapitaallasten (exploitatieproblematiek) als gevolg van recente nieuwbouw. In tegenstelling tot de vergoeding die instellingen momenteel krijgen op basis van de huidige functionele bekostiging en de zogenaamde nacalculatie, krijgen instellingen in geval van prestatiebekostiging een gemiddelde kapitaallastenvergoeding die in beginsel voor alle instellingen gelijk is.

In de kapitaallastenbrief worden de volgende oplossingen geschetst voor deze problemen:

IVA

- De aan het B-segment toe te rekenen IVA worden in het kader van de huidige overgangsregeling kapitaallasten (beleidsregel NZa, CI-1085) in 3 jaar versneld afgeschreven. Deze regeling blijft onveranderd gehandhaafd.
- De in het A-segment opgenomen afschrijvingen voor IVA lopen in 2009 en 2010 ten laste van het budget door. De IVA die dan nog resteren worden ten laste van de budgetten 2010 volledig afgeschreven. Hiervoor wordt de zogenaamde bouwimpuls van € 160 mln gebruikt.

Exploitatie- en restwaardeproblematiek

- De gegarandeerde vergoeding die ziekenhuizen onder het huidige regime voor hun kapitaallasten krijgen, wordt gedurende de overgangsregeling heel geleidelijk en volgens een tevoren bekend schema afgebouwd. Indien budgetbekostiging later dan 2011 wordt beëindigd, blijft de ingangsdatum en einddatum van de regeling ongewijzigd. Dit houdt in dat indien budgetbekostiging wordt beëindigd in b.v. 2013, er dan een beroep op de overgangsregeling kan worden gedaan met het voor dat jaar geldende garantiepercentage van 85%. Tot het moment van afschaffing van de functionele bekostiging blijft voor het A-segment de huidige omvang van de nacalculatie per instelling bestaan.

Betekent het feit dat er naast huidige en toekomstige restwaardeproblematiek ook nog oude restwaardeproblematiek is dat deze regeling daarvoor geen oplossing biedt? En is daarvan niet het gevolg dat vele ziekenhuizen bijna onvermijdelijk geconfronteerd gaan worden met een boekhoudkundig afwaarderingsprobleem?

Naar mijn mening is dat niet het geval. Een groot deel van de instellingen zal deze problematiek niet meer hebben aangezien zij veelal bij de Nza een verzoek tot versnelde afschrijving hebben gedaan. Voor zover deze categorie nog bestaat, zal zij zeer klein zijn en de restwaardeproblematiek zal eveneens bijzonder klein zijn. Het gaat dan bijvoorbeeld om instellingen die bijvoorbeeld 5 jaar geleden nieuwbouw hebben betrokken en nog een restwaarde mee genomen hebben van het oude pand dat zij bijvoorbeeld na 35 jaar hebben verlaten. In dit extreme geval zal er dan nu nog een restwaardeprobleem van maximaal 10 jaar bestaan, uitgaande van een afschrijvingstermijn van 50 jaar. Daarbij geldt dat zonder de overgangsregeling instellingen, zodra de budgetbekostiging wordt beëindigd, meteen zouden worden bekostigd op basis van een landelijke, uniforme vergoeding gebaseerd op een gemiddelde van de werkelijke kapitaallasten in de sector. Dit zou betekenen dat instellingen vanaf het moment van beëindiging van de budgetten geen vergoeding meer zouden krijgen voor eventuele restwaarden en hoger dan gemiddelde kapitaallasten. Indien instellingen in de genoemde categorie door hun problematiek meer dan gemiddeld hoge kapitaallasten hebben, dan zullen zij in de komende jaren gedeeltelijk gecompenseerd worden voor deze extra lasten. Immers, het is zo dat de vergoeding in het huidige functionele budget uitgangspunt is voor de hoogte van de uitkering op grond van de overgangsregeling.

Daarnaast is het doel van deze regeling niet om instellingen volledig te compenseren voor hun specifieke kapitaallastenproblematiek, maar hen in de gelegenheid te stellen tijdig maatregelen te treffen om zich aan te passen aan de nieuwe omstandigheden als gevolg van de beleidswijziging met betrekking tot de kapitaallasten. Tot slot is het zo dat een boekhoudkundige afwaardering niet alleen op basis van de omvang van de kapitaallasten van een instelling zal geschieden. Vooral zal het gaan om de mate waarin de instelling in staat zal zijn inkomsten te genereren om de lasten te dragen. Juist door een zorgvuldig overgangstraject zullen instellingen een aantal jaren de tijd krijgen om hun organisatie en de financiering daarvan aan te passen aan de invoering van volledige risicodragendheid voor kapitaallasten. Mocht op korte termijn ook nog een nieuw bekostigingssysteem worden ingevoerd, dan zal op het punt van de niet direct te beïnvloeden kosten (kapitaallasten) zekerheid omtrent de inkomsten worden geboden gedurende de jaren waarin de overgangsregeling geldt.

In reactie op de vraag of deze regeling het level playing field niet negatief beïnvloedt als gevolg van substantiële afwaardering geldt naar mijn mening het volgende. Zoals hierboven gesteld zie ik niet direct het gevaar dat de ziekenhuizen in groten getale gedwongen zullen worden tot afwaardering van hun activa. De brief van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen van 13 april jl en de daarin geëventuele opvatting van accountants terzake sterkt mij in die opvatting. Daarnaast beoogt deze regeling juist de financiële verschillen in uitgangspositie bij afschaffing van het functionele budget in enige mate te mitigeren.

3

De kosten van de garantieregeling worden geraamd op jaarlijks gemiddeld € 75 miljoen. Waarop deze inschatting gebaseerd? Is het resultaat niet afhankelijk van de verhouding tussen ziekenhuizen die zeer succesvol zijn in het uitbreiden van de productie en andere ziekenhuizen die dat niet lukt?

Deze inschatting is gebaseerd op een boekwaarde onderzoek dat in opdracht van VWS is verricht door de NZa. Daarnaast is een aanname

gedaan ten aanzien van de hoogte van de gemiddelde kapitaallastenvergoeding die instellingen zullen ontvangen wanneer de huidige functionele bekostiging wordt afgeschaft. Het verschil tussen de huidige vergoedingen en toekomstige vergoedingen levert op dat in de komende jaren extra uitgaven nodig zijn om de overgangsregeling te financieren. De omvang van de vergoeding voor eventuele restwaardeproblematiek onder de overgangsregeling staat los van omzetontwikkelingen. De vergoeding voor eventuele exploitatieproblematiek is wel afhankelijk van omzetontwikkelingen. De raming van de budgettaire gevolgen uit hoofde van exploitatieproblematiek is echter gebaseerd op gelijkblijvende omzetten en betreft een maximumraming.

4

Op welke wijze kan de hoogte van de vergoeding worden vastgesteld die een ziekenhuis heeft ontvangen middels de tarieven, wanneer de vergoeding voor de huisvestingslasten integraal onderdeel uitmaakt van die tarieven?

Voor het bepalen van de hoogte van de vergoedingen in zowel het A- als het B-segment gaan we uit van de normatieve vergoedingen zoals die worden vastgesteld door de NZa voor het A-segment. Het verschil aan inkomsten tussen het normatieve deel in de tarieven en de omvang van de vergoeding die de instelling krijgt op grond van de huidige functionele bekostiging bepaalt de omvang van de vergoeding.

5

Aangegeven wordt dat ziekenhuizen middels uitbreiding van de productie eventuele onevenwichtigheden die samenhangen met de overgangsregeling kunnen opvangen. Zal een dergelijk streven de komende jaren niet strijdig blijken met het Budgettair Kader Zorg? Vertoont deze suggestie niet ook frictie met de beleidsopvattingen over een gewenste verschuiving van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn?

Uitbreiding van de productie is een van de mogelijkheden voor instellingen om hun kapitaallasten te dekken. Een andere mogelijkheid is dat instellingen besluiten om langer in hun huidige gebouw te blijven of over te gaan tot verbouw in plaats van nieuwbouw. Hun vergoeding voor kapitaallasten in de tarieven zal dan hoger zijn dan hun uitgaven, waardoor ze kunnen reserveren voor nieuwbouw op langere termijn. Ook zullen instellingen nog meer gedwongen worden efficiënter met de beschikbare middelen om te gaan. De verschuivingen van de zorg van de tweede naar de eerste lijn zijn niet strijdig met deze regeling. Deze regeling is louter bedoeld om instellingen de tijd te geven zich aan te passen aan de volledige risicodragendheid en hun kapitaallasten in overeenstemming te brengen met hun uitgaven en inkomstenpatroon. Bij nieuwbouw van instellingen verwacht ik dat de concepten die ontwikkeld worden, aansluiten bij de toekomstige inrichting van het zorglandschap en dat de financiering daarop aansluit.

6

Hoe verhouden de uitkomsten van de Nza-enquête zich tot de uitkomsten van het onderzoek uit 2007, dat in opdracht van het ministerie van VWS is uitgevoerd door Finance Ideas? In dat laatste onderzoek wordt de conclusie getrokken dat het niet mogelijk is om, uitgaande van het huidige vergoedingensysteem, over te gaan tot een systeem waarbij risico's bij de ziekenhuizen worden gelegd?

Het onderzoek van Finance Ideas is in juni 2007 gepubliceerd en betrof een scenario-analyse «invoering normatieve huisvestingscomponent (NHC)» en beperkte zich tot vastgoed-gerelateerde kasstromen. Deze

uitgangspunten zijn niet meer actueel. Bij invoering van prestatiebekostiging was voorzien in een kapitaallastenopslag op basis van de gemiddelde werkelijke kapitaallasten.

7

Tot slot vraagt de commissie ten koste van welke middelen de garantieregeling en eventuele tegenvallers worden gefinancierd.

Hiervoor zullen binnen het BKZ taakstellend passende maatregelen worden getroffen.