

Advies

Naar integrale tarieven in de AWBZ

Een zorgvuldige aanpak

juni 2009

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Veranderende context	15
2. Hoofdelementen van een integraal tarief	17
2.1 Inleiding	17
2.2 Onderbouwing tarieven	17
2.3 Instandhoudingsinvesteringen en inventarissen	20
2.4 Rentekosten	21
2.5 Incidentele kosten	22
2.6 Kostengevolgen bij invoering	25
3. Differentiatie naar kwaliteit	27
3.1 Inleiding	27
3.2 Theoretisch model	27
3.3 Uitvoeringsmogelijkheden en handhaving	28
3.4 Financieringsaspecten	30
3.5 Advies/conclusie NZa	31
4. Vertaling NHC naar ZZP-productie	33
4.1 Verschillende kapitaalintensiteit per ZZP	33
4.2 Verschillen in courantheid onroerend goed	33
5. Risico's invoering integrale tarieven	35
5.1 Risico van productiever verschillen (q)	35
5.2 Risico van prijsverschillen	37
5.3 Conclusie en aanbevelingen	38
6. Mogelijkheid opvangen risico's	39
6.1 Inleiding	39
6.2 Solvabiliteit en boekwaarde problematiek	39
6.2.1 Regels jaarverslaggeving	39
6.2.2 Gevolgen voor de overgang naar prestatiebekostiging met integrale tarieven	40
6.3 Bezettingsgraad	41
6.4 Risico opslagen in tarief	41
6.5 Contracteerplicht	41
7. Tussenstappen	43
7.1 Volledig normatieve vergoeding zonder koppeling aan ZZP's	43
7.2 Overgangsregeling	43
7.2.1 Overgangsmo del nacalculatie	43
7.2.2 Gevolgen voor nieuwe aanbieders	45
7.2.3 Nieuwe investeringen (ingebruikneming nieuwbouw)	45
7.2.4 Trekkingsrechten	48
7.2.5 Hardheidsclausule	48
7.3 Dubbel bekostigingsregime AWBZ-kapitaallasten	49
Bijlage 1.	51

Vooraf

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft aan de Tweede Kamer toegezegd om vóór de zomer van 2009 met informatie te komen over de uitgangspunten die worden gehanteerd bij de berekening van een kapitaallastencomponent in het tarief per zorgzwaartepakket (ZZP) in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Toegezegd is een eerste duiding van die component, een zogeheten minimumvariant. De staatssecretaris zal daarover met de Kamer overleg voeren¹.

Met het oog hierop brengt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) dit advies uit. In het advies gaat zij in op de volgende aspecten:

- De doelstellingen die worden nagestreefd met de invoering van integrale tarieven.
- De elementen van de kapitaallasten die in het generieke integrale tarief moeten komen (en voor welke elementen maatwerk noodzakelijk en mogelijk is).
- Op welke manier het integrale tarief moet worden vastgesteld.
- Welke 'knoppen' ter beschikking staan om de omvang van het risico dat instellingen gaan lopen, te beïnvloeden.

Voor de NZa vormt het vertrekpunt dat de toekomstige kapitaallastencomponent voor een nieuwe zorgaanbieder voldoende moet zijn om nieuwe bouw te realiseren op basis van actuele normen. Dit betekent dat de tarieven gebaseerd moeten zijn op een reële vergoeding van kosten. Met een dergelijk tarief kunnen instellingen zelf de lusten en lasten van hun investeringsbeslissingen dragen en hebben zij een intrinsieke, economische prikkel om beter in te spelen op de individuele zorgvraag.

In dit advies schetst de NZa hoe de kapitaallastencomponent kan worden bepaald aan de hand van de NHC-methode, zoals eerder beschreven in het rapport 'Quick scan in de care' van het Bouwcollege, de NZa en het ministerie van VWS.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.E. Homan
portefeuillehouder Zorgmarkten Care

mw. drs. C.C. van Beek MCM
voorzitter a.i.

¹ Brief 'Vergoeding kapitaallasten' van de staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer van 25 maart 2009.

Managementsamenvatting

De staatssecretaris van VWS heeft aan de Tweede Kamer toegezegd om vóór de zomer van 2009 met informatie te komen over de uitgangspunten die worden gehanteerd bij de berekening van een kapitaallastcomponent in het tarief per ZZP in de AWBZ. Met het oog hierop brengt de NZa dit advies uit. In dit advies gaat zij in op de volgende aspecten:

- De doelstellingen die worden nagestreefd met de invoering van integrale tarieven.
- Welke elementen van de kapitaallasten in het generieke integrale tarief moeten komen (en voor welke elementen maatwerk noodzakelijk en mogelijk is).
- Op welke manier het integrale tarief moet worden vastgesteld.
- Welke ‘knoppen’ ter beschikking staan zijn om de omvang van het risico dat instellingen gaan lopen, te beïnvloeden.

Doelstellingen

De doelstellingen van de invoering van integrale tarieven zijn in verschillende Kamerstukken uiteengezet. Dit gebeurde onder andere in de brief ‘Met zorg ondernemen’ van de bewindslieden van het ministerie van VWS aan de Tweede Kamer van 9 juli 2007: “Om ervoor te zorgen dat de zorgvraag van burgers daadwerkelijk leidend kan zijn bij de investeringsbeslissingen van zorgaanbieders, hebben die aanbieders naast economische prikkels ook voldoende ruimte en het vertrouwen nodig om op eigen wijze te (kunnen) voldoen aan de zorgvraag. (..) Door instellingen zelf de lusten en lasten te laten dragen van hun investeringsbeslissingen hebben zij een intrinsieke, economische prikkel om beter in te spelen op de individuele zorgvraag. Zorgaanbieders zullen in de nabije toekomst hun investeringen niet langer maximaliseren binnen de regelgeving, maar hun investeringen optimaliseren op basis van de zorgvraag. Het is onze overtuiging dat dit leidt tot een hogere kwaliteit van de zorgvoorzieningen tegen lagere kosten en met minder administratieve lasten.”

Als belangrijke randvoorwaarden bij deze doelstellingen noemden de bewindslieden:

- De continuïteit van de zorg moet gegarandeerd zijn.
- De kwaliteit van de voorzieningen moet goed zijn.
- Opgebouwd vermogen moet voor de zorg behouden blijven.

In het verlengde daarvan vormt voor de NZa het vertrekpunt dat de toekomstige kapitaallastcomponent voor een zorgaanbieder voldoende moet zijn om nieuwe bouw te realiseren op basis van actuele normen. Dit betekent dat de tarieven gebaseerd moeten zijn op een reële vergoeding van kosten.

Daarbij is het goed om vast te stellen dat de invoering van integrale tarieven, inclusief kapitaallasten, leidt tot drie grote veranderingen:

- De integrale tarieven zijn in principe landelijk uniform; dit terwijl de kapitaallastenvergoeding nu individueel per instelling wordt vastgesteld.
- De vergoeding van de kapitaallasten wordt afhankelijk van de productie in plaats van vast/capaciteitgebonden.
- De vergoeding wordt losgekoppeld van het moment van investeren.

De eerste verandering treedt op doordat integrale tarieven gebaseerd zijn op een normatieve vergoeding van de kapitaallasten (naast de personele en materiele kosten). De budgetsystematiek voor

kapitaallasten die tot 2009 gehanteerd is, leidde tot een instellingsspecifieke vergoeding voor de kapitaallasten. Hiertoe vond voorafgaand aan de investering een intensieve toetsing van het betreffende bouwplan plaats. Bij een normatieve vergoeding ontbreekt een dergelijke beoordelingsprocedure en is er sprake van een prikkel voor de zorgaanbieder om binnen de normatieve vergoeding een zo goed mogelijk gebouw te realiseren.

De tweede verandering is dat bij integrale tarieven de vergoeding van de kapitaallasten meer wordt gekoppeld aan de gerealiseerde productie dan wel de gerealiseerde prestatie. Dit heeft twee doelstellingen. De eerste is de vraaggerichtheid van de AWBZ dan wel het ondernemerschap van aanbieders bevorderen. De tweede doelstelling is kostenbeheersing door een financiële prikkel te introduceren. Onder het bouwregime van vóór 2009 werd dit bereikt doordat instellingen uitsluitend een vergoeding kregen voor de uitvoering van hun bouwplannen als zij daarvoor een vergunning hadden. Daartoe moest de vergunningaanvraag zijn opgenomen in de bouwprioriteiten, die elke twee jaar werden bepaald binnen de beschikbare budgettaire kaders. In de nieuwe situatie wordt niet langer centraal beoordeeld in welke mate extra capaciteit nodig is dan wel gefinancierd wordt. Zorgaanbieders moeten zelf een inschatting maken of zij met hun aanbod in staat zullen zijn voldoende mensen met een zorgvraag te interesseren. Daarbij moeten zij de mogelijkheid van concurrerend aanbod meewegen. Ook de optie om op termijn zorgvastgoed voor andere doeleinden te bestemmen, wordt hiermee belangrijker. Dit staat ook wel bekend als de 'courantheid' van het vastgoed.

De derde belangrijke verandering is dat er ontkoppeling plaatsvindt van de vergoeding en het moment van investeren. In het huidige systeem van budgettering en nacalculatie geschiedt vergoeding op basis van goedgekeurde kosten vanaf het moment van daadwerkelijke ingebruikname van het nieuwe actief. Bij een model van normatieve prestatiebekostiging ontvangt de declarerende zorgaanbieder een gemiddelde vergoeding en is het moment van investeren wél van invloed op de kosten, maar niét op de vergoeding.

Alle genoemde veranderingen bij elkaar leiden ook tot een situatie waarbij de keuze tussen bouwen onder het regime van de zorg en een keuze voor scheiden van wonen en zorg dicht bij elkaar komen te liggen. De dekking van de kapitaallasten onder het regime van de zorg is immers niet meer gegarandeerd ongeacht de zorg die aanbieders vanuit/in het gebouw leveren. Net als in de volkshuisvesting is de dekking van de kapitaallasten afhankelijk van de gerealiseerde bezetting. De NZa merkt echter op dat in de benadering van de kapitaallastenvergoeding die dit advies beschrijft, niet is uitgegaan van gescheiden woon- en zorgvoorzieningen. De beschikbare informatie is daartoe onvoldoende.

De veranderingen dragen daarmee bij aan een situatie dat mensen in de langdurige zorg daadwerkelijk kunnen kiezen op welke manier zij willen wonen. De wijzigingen in de vergoeding stimuleren flexibiliteit in bouw en daardoor kan de diversiteit in wonen toenemen. De vraag op welke manier in de toekomst scheiden van wonen en zorg wordt vormgegeven en hoe het mogelijk is daarmee hogere eisen aan wonen buiten de AWBZ te houden, vormt geen onderwerp van dit advies.

Welke elementen in het tarief?

De elementen van de kapitaallasten die in het generieke tarief moeten komen, kunnen worden bepaald aan de hand van de volgende drie criteria:

Beïnvloedbaarheid

Factoren waarvan de kosten door de zorgaanbieder te beïnvloeden zijn, moeten zoveel mogelijk in het tarief komen. Doel daarvan is dat de aanbieder belang heeft bij doelmatige bouw.

Onvermijdbaarheid van lokale of regionale factoren

Factoren die bijvoorbeeld regionaal of lokaal sterk verschillen maar die een substantieel effect op de bouwkosten hebben, moeten hetzij in het generieke tarief komen (bijvoorbeeld op postcode of bevolkingsdichtheid), hetzij in een individuele maatwerkregeling. 'Substantieel' houdt in dat niet verwacht mag worden dat een zorgaanbieder die factoren binnen de beïnvloedbare marges van zijn exploitatie opvangt.

Administratieve lastendruk

Maatwerk en daaruit voortvloeiende administratieve lasten moeten qua omvang met elkaar in evenwicht zijn. Als voor kleine details maatwerk moet worden geleverd, is dat al gauw niet het geval. Veel maatwerk leidt al snel tot een regime dat vergelijkbaar is met het bouwregime van vóór 2009, waardoor de doelstellingen van integrale tarieven niet zullen worden gehaald.

Het tarief dat uiteindelijk wordt vastgesteld zal voldoende moeten zijn om een gemiddeld efficiënte zorgaanbieder in staat te stellen nieuwe bouw te realiseren op basis van actuele normen². Een gemiddeld efficiënte aanbieder moet daarbij ook in staat zijn normale risico's (als die zich voordoen) binnen het tarief op te vangen. Daartoe is onderhoud van het tarief noodzakelijk. Hiertoe moeten onder andere periodieke kostenonderzoeken plaatsvinden, zoals die ook onder het bouwregime aan de orde waren.

Hoe het tarief te bepalen?

Er zijn meerdere modellen mogelijk om een integraal tarief vast te stellen:

- Procentuele opslag op de loon- en materiele kosten (leidend tot een bedrag per ZZP dat een vast percentage van de huidige ZZP-prijs is). Uitgangspunt daarbij is dat de kapitaallasten evenredig toenemen met de loon- en materiele kosten.
- Een vast bedrag per ZZP (ongeacht de hoogte van de loon- en materiële kosten). Hierbij is er geen sprake van een relatie tussen de soort zorg en de kapitaallastenvergoeding.
- Een gedifferentieerde opslag die rekening houdt met specifieke functionele eisen voor verschillende categorieën zorgvragers.

Alle genoemde modellen gaan uit van constante schaalvoordelen, dit wil zeggen dat de bedragen per ZZP onafhankelijk zijn van de grootte van de instelling.

Voor wat betreft de hoogte van de opslag (het vergoedingsniveau) zijn er eveneens meerdere mogelijkheden:

- De historische kosten, dat wil zeggen het huidige budgetniveau.
- De historische kosten die rekenkundig gecorrigeerd zijn voor kortere afschrijvingstermijnen en hogere rentekosten en voor voorziene instandhoudingsinvesteringen.

² De meest recente normen van het Bouwcollege dateren van 2008.

- Een normatieve benadering waarbij de vergoeding per ZZP wordt afgeleid van de bouwnormen en de reële afschrijvingstermijnen die gelden voor hedendaagse nieuwbouw van voorzieningen.

De historische kosten (de huidige budgetvergoeding) vormen geen goede voorspeller voor toekomstige kosten en bieden naar de mening van de NZa onvoldoende ruimte voor een nieuwbouw. De tweede variant, historische kosten met correcties, sluit weliswaar beter bij het verwachte kostenniveau aan, maar is nog steeds voor een groot deel gebaseerd op historische bouw- en kwaliteitsnormen. De derde variant, waarbij de keuze valt op een normatieve benadering, is vooralsnog de enige manier om aansluiting te zoeken bij de huidige bouwnormen. Het toenmalige Bouwcollege heeft hiervoor enige jaren geleden het zogeheten model van de normatieve huisvestingscomponent (NHC) ontwikkeld.

De NHC's zijn destijds zo vastgesteld dat bij een normale productie en een normale omvang van de activa en de kapitaallasten die daarmee samenhangen, instellingen over voldoende middelen beschikken om de zorg te kunnen verlenen. De NHC's sluiten dus aan bij het vertrekpunt dat de toekomstige kapitaallastcomponent voor een zorgaanbieder voldoende moet zijn om nieuwe bouw te realiseren op basis van de normen van 2009.

Een NHC is het bedrag dat een instelling jaarlijks moet ontvangen om zijn vastgoed te kunnen exploiteren; dit wil zeggen dat een NHC de financiering van de initiële investering, de afschrijvingen en een veronderstelde renovatie dekt. Een NHC sluit aan bij een verondersteld investeringspatroon, bij een veronderstelde gemiddelde gebruiksduur en bij een veronderstelde inflatie en discontovoet. In het model van de NHC wordt een netto contante waardeberekening van toekomstige kasstromen toegepast.

Een NHC is gebaseerd op de actuele bouwnormen zoals het Bouwcollege die tot en met 2008 'onderhield'. Dat zijn bouwnormen op grond waarvan een instelling, gegeven het soort zorg dat zij levert, een normatieve investering zou krijgen. Het investeringsbedrag wordt bepaald door normatieve bedragen per plaats en/of per m². De NHC-methode rekent uit welke jaarlijkse vergoeding het equivalent is van dat (eenmalige) investeringsbedrag. Het resultaat is een percentage van de bouwnorm, dat wil zeggen de investering die een instelling op grond van de actuele bouwnormen van het Bouwcollege/TNO Centrum Zorg en Bouw zou kunnen realiseren. De vervolgstap is dat die jaarlijkse vergoeding wordt omgerekend naar een jaarproductie van ZZP's.

Schematisch ziet dat er als volgt uit:

- Stap 1: bouwnorm: $m^2/plaats * \text{€}/m^2 = \text{investeringsbedrag (€)}$ (macro/capaciteitsgerelateerd).
- Stap 2: NHC-methode: $\text{investeringsbedrag} \Rightarrow \text{vergoeding (€) per jaar}$.
- Stap 3: $\text{zorgvragers/plaats (bezettingspercentage) * plaatsen} = \text{productie in aantal zorgvragers}$.
- Stap 4: $\text{ZZP-mix/zorgvrager} * \text{aantal zorgvragers} = \text{aantal ZZP's}$.
- Stap 5: $\text{vergoeding (€) per jaar/aantal ZZP's} = \text{bedrag (€) per ZZP}$.

Deze berekening vindt niet jaarlijks per instelling plaats, maar vooraf (bij de vaststelling van de ZZP-tarieven). In wezen bepaalt deze benadering een bouwnorm op vervangingswaarde. Daarmee is het (per definitie) niet budgettair neutraal op het moment van invoering.

De NHC zoals die beschreven is in het rapport 'Quick Scan in de Care' van het Bouwcollege, de NZa en het ministerie van VWS, dekt niet alle kosten. Niet in de NHC opgenomen zijn:

- Kosten van rente tijdens de bouw (bouwrente) en kosten van grond.
- Kosten van interimhuisvesting. In de praktijk van de WTZi is er veel interimhuisvesting toegepast. In de periode van 2005 tot en met heden gaat het volgens TNO Centrum Zorg en Bouw om circa 470 projecten en om een totaalbedrag van 428 miljoen euro aan investeringskosten en 60 miljoen euro aan huurkosten per jaar. Ter vergelijking: als percentage van de totale vergunningenstroom voor AWBZ-instellingen in diezelfde periode bedroeg het investeringsbedrag voor interimvoorzieningen (volgens berekeningen van TNO Centrum Zorg en Bouw) 9,5%.
- Kosten van inventarissen (die evenmin zijn opgenomen in de ZZP's).
- Kosten van strategische leegstand. Onder strategische leegstand wordt verstaan de leegstand die noodzakelijk is om zorgvragers daadwerkelijk een keuze tussen zorginstellingen te geven. De NHC houdt rekening met 3% frictieleegstand. Dit is gebaseerd op een situatie waarin vooral de aanbieder bepaalt wanneer een nieuwe zorgvrager aan bod komt. Dit lijkt onvoldoende om de keuzevrijheid van de zorgvrager te garanderen;
- Kosten van rente over het werkkapitaal. Dit is vooral van belang als er op enig moment geruime tijd zou komen te zitten tussen productie en afrekening. Dit is sterk afhankelijk van de manier waarop de zorgkantoren en later de zorgverzekeraars bevoorschotten.

Kosten van wijzigende ruimtelijke ordeningsregels (regels voor duurzaam bouwen en parkeernormen die leiden tot de noodzaak om onder een gebouw parkeervoorzieningen te maken) zijn mogelijk nog onvoldoende verwerkt.

De NZa adviseert om ook al deze genoemde kosten in de NHC op te nemen. Daarbij maakt zij wel twee kanttekeningen:

- Wat de interimhuisvesting betreft is het noodzakelijk om te bekijken in welke mate het mogelijk is deze kosten in het generieke tarief op te nemen en in welke mate een maatwerkregeling noodzakelijk is. Gelet op de omvangrijke kosten die interimhuisvesting met zich meebrengt en gelet op het algemene gevoel dat doelmatigheidswinst te behalen valt als instellingen belang krijgen bij zo laag mogelijke interimhuisvestingskosten, is het wenselijk dat instellingen een substantieel deel van de kosten hiervan uit het generieke tarief moeten bekostigen.
- Wat de kosten betreft die voortvloeien uit eisen van ruimtelijke ordening is nader onderzoek noodzakelijk naar de mate waarin deze kosten onvermijdbaar zijn en naar de mate waarin het noodzakelijk is hiervoor een maatwerkregeling te treffen.

De NHC gaat uit van een vast rentepercentage, dat gebaseerd is op een langjarig gemiddelde. Deze situatie wijkt sterk af van het huidige model van rentenormering. De NZa adviseert om voor het rentepercentage een bandbreedte te bepalen en om de NHC aan te passen als de reële rente zich buiten die bandbreedte begeeft. In de NHC is geen vergoeding voor rente over geïnvesteerd eigen vermogen voorzien. Het model gaat uit van volledige financiering met vreemd vermogen. Bij inbreng van eigen vermogen geldt dezelfde vergoeding, zodat daarmee de vergoeding neutraal is in vergelijking met de keuze voor financiering met eigen of vreemd vermogen. Dit is in tegenstelling tot de huidige systematiek, die niet voorziet in een vergoeding over het eigen vermogen. Waar de huidige systematiek het gebruik en de opbouw van eigen vermogen ontmoedigt, doet de NHC-methodiek dit niet. Er is niet langer sprake van een stimulans om activiteiten met zoveel mogelijk vreemd vermogen te financieren en daarmee een slechte solvabiliteitspositie te creëren.

Een vraag die nog beantwoord moet worden is of het wenselijk is om bij integrale tarieven te differentiëren op basis van kwaliteit van huisvesting. Instellingen die een lagere kwaliteit huisvesting aanbieden, zouden dan van de verzekeraar dan wel van de NZa een lager tarief moeten krijgen. De NZa adviseert op dit punt niet verder te gaan dan een maximumtarief vast te stellen of aan te sluiten bij de bandbreedtetarieven die bij de invoering van de ZZP's zijn vastgesteld, waarbij aan de lokale onderhandelingen wordt overgelaten of contractering op dit tarief plaatsvindt of daaronder. Een landelijk opgelegde differentiatie leidt tot een forse uitvoeringslast en verhoudt zich ook slecht met een integraal tarief waarbij de zorgaanbieder – binnen de minimumkwaliteitsnormen – kan substitueren tussen zorg en gebouw. Die uitvoeringslast geldt zowel de NZa als de noodzaak om de normen voor de kwaliteit van gebouwen die zij hanteert door een andere partij dan de NZa te laten vaststellen. Overigens merkt de NZa op dat kwaliteit van huisvesting maar één onderdeel van de kwaliteit van zorgverlening is.

De op deze manier vast te stellen NHC zal moeten worden vertaald naar ZZP-prijzen. De NZa oriënteert zich op dit moment op het model dat TNO Centrum Zorg en Bouw hiervoor heeft ontwikkeld. Verschillen in kapitaalsintensiteit moeten leiden tot verschillen in kapitaallastenvergoeding. Een specifieke en gedetailleerde kapitaallastentoerekening heeft echter een gebrek aan flexibiliteit tot gevolg als een wijziging in de casemix (de mix van de ZZP's) direct een substantiële verandering in de bekostiging inhoudt en daarmee van de financiële dekking voor het gebouw waarin de levering van de zorg plaatsvindt. Voor het tempo waarin veranderingen in de casemix bij zorginstellingen doorwerken in het tarief, zal het daarom op dit punt noodzakelijk zijn zowel te kijken naar de optie van directe doorwerking als naar de optie om een voortschrijdend gemiddelde te hanteren.

Budgettering

Integrale prestatiebekostiging is naar de mening van de NZa niet verenigbaar met een model waarin sprake is van budgettering door middel van de contracteerruimte. Bewaking van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) kan in een systeem van integrale prestatiebekostiging uitsluitend plaatsvinden door in het wettelijk verzekerde pakket in te grijpen of door het eigen-bijdragebeleid te veranderen. De NZa vindt het belangrijk om deze consequentie te trekken vóórdat tot invoering van integrale tarieven wordt overgegaan.

Macroneutraliteit

Toepassing van de NHC-methode betekent ook dat invoering niet budgettair neutraal plaatsvindt. Datzelfde geldt in wezen voor iedere benadering die de historische kosten als basis loslaat. Overigens is de NZa van mening dat het huidige budgetniveau niet de juiste referentie voor een kostenstijging kan zijn. Bij voortzetting van het bouwregime en de nacalculatie zou evenmin van macroneutraliteit sprake zijn geweest. Onder het bouwregime leidden investeringen tot kostenstijgingen, werken rentefluctuaties door in de budgetten enzovoorts. Bovendien is het zo dat het bouwregime nu is losgelaten, terwijl het regime van nacalculatie vooralsnog gehandhaafd blijft. Op dit moment is er dus geen regelgeving om de kosten van nieuwbouw te reguleren. De disciplinerende van de kosten is gebaseerd op de toekomstige normatieve vergoeding. Voortzetting van de huidige situatie leidt dan ook tot meerkosten in vergelijking met het huidige budgetniveau. Dit geldt zeker als in aanmerking wordt genomen dat bij een groot aantal instellingen sprake

is van een achterstand in kwaliteit die zij op korte termijn door investeringen moeten inlopen.

'Knoppen' om het risico te bepalen

Dit alles neemt niet weg dat ook binnen de NHC-methodiek zoals die hiervoor is geschetst, nog belangrijke keuzes te maken zijn. Vooral de mate waarin de kapitaallasten gekoppeld worden aan de gerealiseerde productie dan wel de geleverde zorg, bepaalt de mate waarin instellingen risico over hun investering lopen én de mate waarin de overheid dan wel de collectieve middelen risico lopen over onbezette (over)capaciteit. Daarbij geldt dat hoe groter de risico's voor de instellingen, des te meer eisen worden gesteld aan hun solvabiliteit en/of des te groter de ruimte in het integrale tarief moet zijn om die risico's te kunnen opvangen. In het eindrapport van de werkgroep gelijk speelveld van het ministerie van VWS, 'Zorgvuldige aanpak, gezonde markt', uit september 2003 is hier uitgebreid op ingegaan. Het opvangen van die risico's door ruimte in het integrale tarief kan op budgettaire grenzen stuiten: versterking van de eigen verantwoordelijkheid van de instellingen voor hun vastgoed zal op korte termijn om een extra investering vragen die op langere termijn tot meer doelmatigheid leidt. In haar advies gaat de NZa hier nader op in.

In dit advies schetst de NZa twee opties naast een vergoeding van kapitaallasten die voor 100% productieafhankelijk is:

- Een deel van de vergoeding van de kapitaallasten wordt gekoppeld aan de toegelaten capaciteit. Dit vergt wel dat in de opvolger van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) of in andere wet- en regelgeving de toelating inclusief capaciteit gehandhaafd blijft.
- Het inbouwen van een dempingsmechanisme door de kapitaallasten wordt afhankelijk gemaakt van een voortschrijdend gemiddelde van de gerealiseerde productie. Het is desgewenst mogelijk om deze demping ook te hanteren voor het doorwerken van een verandering in de casemix.

De NZa besteedt in dit advies ook aandacht aan nog een derde optie, namelijk de mogelijkheid om langdurig te werken met twee verschillende regimes:

- Een regime van volledige nacalculatie voor gebouwen van vóór 2009.
- Een regime van integrale, genormeerde en productieafhankelijke tarieven voor gebouwen van na 2009.

De NZa komt tot de conclusie dat het onwenselijk is om op deze manier een langdurige transitieperiode te creëren. Ongewenst strategisch gedrag van zorgaanbieders (door oprichting van nieuwe rechtspersonen) zal in dat geval onvoldoende te voorkomen zijn.

Het advies gaat ook in op de mogelijkheden van instellingen om in het algemeen risico's op te vangen en op de manier waarop de NZa een overgangsregeling voor bestaande instellingen kan vormgeven. Gelet op de analogie in de bestaande bekostiging en de wettelijke regelingen tussen cure en care, is daarbij aangesloten bij het advies van de commissie Havermans op dit punt voor de ziekenhuissector en bij de overgangsregeling die de NZa naar aanleiding van dit advies heeft vastgesteld.

Belangrijk is dat de NZa in haar advies de noodzaak benadrukt van een heroriëntatie van het ministerie van VWS ten aanzien van steunverlening. Ook in een zorgvuldig opgezet systeem van integrale prestatiebekostiging, met inbegrip van een zorgvuldige overgangsregeling, kan het voorkomen dat instellingen (in toenemende mate) in financiële problemen geraken. Voordat invoering van integrale tarieven aan de orde is, moet VWS dan ook normen ontwikkelen aan de hand waarvan het mogelijk is om te bepalen of er sprake is van een

bedreiging van de continuïteit en toegankelijkheid van zorg. Alleen in die situatie komt immers een instelling mogelijk in aanmerking voor steunverlening. De NZa zal vóór de zomer van 2009 nog een specifiek advies over steunverlening uitbrengen.

1. Veranderende context

In 2007 en 2008 heeft een werkgroep van de NZa zich beziggehouden met berekeningen voor een kapitaallastenopslag op de ZZP-tarieven. Dit gebeurde in verband met het voornemen om de budgettering/nacalculatie af te schaffen en prestatiebekostiging met 'integrale tarieven' in te voeren. De aanpak was indertijd gebaseerd op een model van prijsregulering dat de NZa had ontwikkeld. Daarbij zou de vaststelling van de ZZP's plaatsvinden op basis van gemiddelde werkelijke kosten van de gehele productie, inclusief de kosten van investeringen in gebouwen. In de berekeningen is daarom in eerste instantie uitgegaan van een gemiddelde opslag; later is daar een differentiatie in aangebracht.

In de loop van 2008 werd duidelijk dat de invoering van de ZZP-bekostiging en de afschaffing van de kapitaallastenbudgettering en -nacalculatie niet tegelijkertijd zouden plaatsvinden. De afschaffing van de budgettering is nu verschoven naar begin 2011. Het bouwregime van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) is met ingang van 2009 buiten werking gesteld; op termijn wordt de WTZi vervangen door de Wet cliëntenrechten zorg. In de bouw wordt daarbij de ex ante-beoordeling door het Bouwcollege vervangen door een ex post-beoordeling van de kwaliteit door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), waarbij de kwaliteit van voorzieningen een onderdeel vormt van het totale kwaliteitstoezicht.

Als onderdeel van de veranderingen in het ordeningsmodel zou overigens op langere termijn de uitvoering van de AWBZ niet langer via de zorgkantoren lopen, maar via risicodragende verzekeraars. Parallel daaraan is het de bedoeling om het systeem van regionale contracteerruimtes te verlaten.

Op dit moment is niet bekend welk tijdpad daarvoor is vastgesteld. Hierover zijn nog gesprekken gaande tussen het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de NZa. Dit betekent dat binnen de bestaande uitvoeringsmodellen vooralsnog de prestatiebekostiging met 'integrale tarieven' wordt toegepast. De herallocatie als gevolg van de ZZP-invoering loopt van 2009-2011 en vindt plaats binnen de kaders van de bestaande instellingsbudgettering.

Naar de mening van de NZa is een model van prestatiebekostiging met reële prijzen niet verenigbaar met een budgetmodel waarin sprake is van macro- en instellingsbudgetten. Dit houdt in dat die budgetbenadering moet worden losgelaten. Integrale prestatiebekostiging betekent dat beheersing van de uitgaven uitsluitend nog mogelijk is via pakketingrepen en beleid op het gebied van eigen bijdragen.

Bij de invoering van ZZP's is duidelijk geworden dat geen sprake zou zijn van een model van maatstafconcurrentie, maar van gereguleerde prestatiebekostiging met maximumtarieven. Voor de invoering van de integrale tarieven kwam daarmee het vraagstuk van de tariefonderbouwing weer naar voren. De NZa gaat daar in de volgende hoofdstukken nader op in.

De NZa merkt op dat sprake is van verschillende veranderingen in de bekostiging van voorzieningen. De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is met ingang van 2008 gedeeltelijk ondergebracht in de Zorgverzekeringswet; voor dit onderdeel is aangesloten bij de systematiek van de diagnosebehandelcombinatie (DBC). De ZZP-benadering in dit advies heeft daar geen betrekking op. Desondanks

verdient het aanbeveling om de verschillende vormen van bouwvergoeding waar mogelijk op dezelfde uitgangspunten te baseren; dit geldt in het bijzonder waar deze binnen één instelling worden aangeboden.

Voor de sector verpleging en verzorging (V&V) is overheveling van de somatische revalidatiezorg van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet in voorbereiding. Hoewel de bestaande somatische revalidatiezorg binnen de V&V in de ZZP-vergoedingen betrokken is, zal ook hier naar verwachting om beleidsmatige redenen voor een andere vergoedingsgrondslag worden gekozen (een zogenoemde losse prestatie of aansluiting bij andere DBC's. In dit verband verwijst de NZa naar haar recente advies over deze overheveling.

2. Hoofdelementen van een integraal tarief

2.1 Inleiding

De aanduiding 'integrale tarieven' kan aanleiding geven tot misverstanden. In de huidige reguleringspraktijk, die teruggaat tot de invoering van de budgettering, is immers altijd sprake geweest van een integraal tarief waarbij het verrekentarium aansluit bij de hoogte van het instellingsbudget. Het integrale tarief dekte dus ook de kapitaallasten. Het essentiële verschil tussen de nieuwe (beoogde) situatie en de huidige systematiek zit dan ook vooral in de afschaffing van de budgetsystematiek en de nacalculatie, die gezien de goedgekeurde investering een garantie op omzet betekenen. Daarnaast kent de oude situatie individuele tarieven per aanbieder, terwijl voor het nieuwe reguleringsmodel landelijk uniforme tarieven het uitgangspunt vormen.³

Wat de kapitaallasten betreft, is het kenmerkende verschil voor de zorgaanbieders dat zij bij de budgettering een individuele kapitaallastenvergoeding kregen toegekend die berekend was op basis van de specifieke bouwkosten en de rente die gold op het moment dat zij de leningen aanging.

Bij een normatief tarief⁴ is daar geen sprake meer van, maar zijn de tarieven in principe voor iedereen gelijk. Dat geldt ook voor de vergoeding van rente en afschrijvingen.

Als naast een normatief tarief ook sprake is van een persoonsvolgende vergoeding, dan wordt die vergoeding ook afhankelijk van de 'productie' dan wel de bezetting die de zorgaanbieder heeft gerealiseerd.

Een ander belangrijk element waarin prestatiebekostiging van het huidige model verschilt, is dat de vergoeding voor de kapitaallasten wordt ontkoppeld van het moment van investeren. Dit betekent dat instellingen middelen die zij niet hebben benut (het verschil tussen het tarief en de werkelijke kosten) moeten reserveren voor toekomstige investeringen.

Er is dus sprake van een drietal veranderingen in het systeem:

- Een landelijk uniforme en normatieve vergoeding in plaats van een individueel berekende vergoeding.
- Een vergoeding die afhankelijk is van de productie in plaats van een vaste vergoeding.
- Ontkoppeling van het moment waarop investering en vergoeding plaatsvinden.

2.2 Onderbouwing tarieven

Er zijn meerdere modellen mogelijk om een integraal tarief vast te stellen:

- Een procentuele opslag op de loonkosten en de materiële kosten (leidend tot een bedrag per ZZP dat een vast percentage van de huidige ZZP-prijs is). Daarbij wordt een lineair verband tussen enerzijds de loonkosten en de materiële kosten en anderzijds de kapitaallasten verondersteld.

³ Voor de ZZP-invoering worden bandbreedtetarieven gehanteerd.

⁴ Zoals op dit moment van toepassing is bij de Regeling kleinschalig wonen in de AWBZ.

- Een vast bedrag per ZZP (ongeacht de hoogte van de loonkosten en de materiele kosten). Daarbij wordt geen enkele relatie tussen zorginhoudelijke kosten en kosten van huisvesting verondersteld;
- Een gedifferentieerde opslag die rekening houdt met specifieke functionele eisen voor verschillende categorieën zorgvragers.

Voor de hoogte van de opslag (het vergoedingsniveau) zijn er eveneens meerdere mogelijkheden:

- De historische kosten, dat wil zeggen het huidige budgetniveau.
- De historische kosten die rekenkundig gecorrigeerd zijn voor kortere afschrijvingstermijnen en hogere rentekosten en voor voorziene instandhoudingsinvesteringen.
- Een normatieve benadering waarbij de vergoeding per ZZP wordt afgeleid van de bouwnormen die gelden voor hedendaagse nieuwbouw van voorzieningen.

Historische kosten (de huidige budgetvergoeding) zijn geen goede voorspeller voor toekomstige kosten en bieden naar de mening van de NZa onvoldoende ruimte voor een nieuwbouw. De vooralsnog enige manier om aansluiting te zoeken bij de huidige bouwnormen is om een normatieve benadering te kiezen. Hiervoor heeft het voormalige Bouwcollege enige jaren geleden het zogeheten NHC-model (NHC = normatieve huisvestingscomponent) ontwikkeld.

Een benadering waarbij de huidige kapitaallasten (afschrijving en rente) als basis voor de tarieven dienen, leidt ertoe dat de historische kosten tot maat der dingen worden verheven. De budgetten zijn immers gebaseerd op de investeringen die de afgelopen decennia zijn goedgekeurd op basis van de normen die in de desbetreffende periode gelden. Een gemiddelde historische opslag leidt tot een herverdeling van de huidige omzetten en sluit slecht bij toekomstige kosten aan. Een bijkomend punt is dat de huidige budgetten zijn berekend op basis van relatief lange afschrijvingstermijnen (50 jaar voor gebouwen). In de praktijk werd een dergelijke afschrijvingstermijn niet gehaald, maar dat was geen probleem: de vergoeding was onafhankelijk van de gerealiseerde bezetting en liep ook na sloop of vervangende nieuwbouw gewoon door. Dergelijke afschrijvingstermijnen zijn in een model van prestatiebekostiging (waar geen sprake meer is van gegarandeerde vergoedingen) niet meer bruikbaar. De NZa concludeert daarom dat het niet mogelijk is de historische kosten als basis voor een normatieve kapitaallastenvergoeding te hanteren.

Een andere benadering om tot een normatieve kapitaallastenvergoeding te komen, is de toepassing van het NHC-model. Dat is op dit moment het enige model dat beschikbaar is om de bestaande bouwnormen naar een tarieftoeslag te kunnen vertalen. Om die reden staat deze methode in het vervolg van dit advies centraal.⁵

De NHC is het bedrag dat een instelling jaarlijks moet ontvangen om zijn vastgoed te kunnen exploiteren. Dit wil zeggen dat de NHC de financiering van de initiële investering, de afschrijvingen en een veronderstelde renovatie dekt. De NHC sluit aan bij een verondersteld investeringspatroon, een veronderstelde gemiddelde gebruiksduur en een veronderstelde inflatie en discontovoet. In het NHC-model is sprake

⁵ Een ander model dat in de eerdere modellen van de NZa een rol speelde, is het maatstafconcurrentiemodel. Dat model is gebaseerd op werkelijke kosten en vergt een jaarlijkse update van het gemiddelde tariefniveau, waarbij de werkelijke investeringen worden gevolgd. Dit model heeft het ministerie van VWS echter voor de AWBZ niet overgenomen.

van een berekening van de netto-contante waarde van toekomstige kasstromen.

De NHC baseert zich op de huidige bouwnormen van het Bouwcollege. Dat zijn bouwnormen op grond waarvan een instelling, gegeven het soort zorg dat zij levert, een normatieve investering zou krijgen. Het investeringsbedrag wordt bepaald door normatieve bedragen per plaats en/of per m². De NHC-methode rekent uit welke jaarlijkse vergoeding het equivalent van dat (eenmalige) investeringsbedrag is. Het resultaat is een percentage van de bouwnorm, dat wil zeggen de investering die een instelling op grond van de actuele bouwnormen van het Bouwcollege/TNO Centrum Zorg en Bouw zou kunnen realiseren. De vervolgstap is dat omrekening van die jaarlijkse vergoeding plaatsvindt naar een jaarproductie van ZZP's.⁶

Schematisch ziet dit er als volgt uit:

- Stap 1: bouwnorm: m²/plaats * €/m²= investeringsbedrag (€) (macro/capaciteitsgerelateerd).
- Stap 2: NHC-methode: investeringsbedrag => vergoeding (€) per jaar.
- Stap 3: zorgvragers/plaats (bezettingspercentage) * plaatsen= productie in aantal zorgvragers.
- Stap 4: ZZP-mix/zorgvrager * aantal zorgvragers= aantal ZZP's.
- Stap 5: vergoeding (€) per jaar/aantal ZZP('s)= bedrag (€) per ZZP.

De bouwnormen (tot 2009) zijn uitgedrukt in een bedrag per plaats en/of een bedrag per m². Beide bedragen zijn genoemd. De NHC vormt een percentage van de bouwnorm. Om te komen tot een vergoeding van de kapitaallasten die afhankelijk is van de gerealiseerde productie en de ZZP-mix, moet uiteindelijk nog een vertaling plaatsvinden naar een bedrag per ZZP. De indicaties van zorgvragers hebben daarmee zowel invloed op de vergoeding voor loonkosten en materiele kosten (zorginhoudelijke kosten) als op de vergoeding voor de gebouwen.

Het bedrag per ZZP dat op deze manier tot stand komt, gaat uit van een vergoedingsmodel met constant returns of scale. De vergoeding neemt lineair toe met het aantal geleverde ZZP's. Voor zover de bouwnormen rekening hielden met schaalvoordelen, worden die in de tariefberekening eenmalig verdisconteerd. De instelling kan daarmee zelf zijn optimale schaal bepalen. Dat ligt ook voor de hand: toekenning van de vergoeding vindt vaak op stichtingniveau plaats, terwijl de woonvoorzieningen verspreid zijn over meerdere locaties. Het NHC-model schrijft daarin geen optimale schaal of keuze van het aantal locaties voor.

De NHC-benadering zoals die beschreven is in het rapport 'Quick scan in de care' van het Bouwcollege, het ministerie van VWS en de NZa, dekt niet alle kosten van bouw. Zo zijn grondkosten, bouwrente en startkosten er niet in opgenomen (voor een meer gedetailleerd overzicht: zie bijlage 1).

Bij grondkosten speelt het probleem dat die regionaal verschillen. Overigens worden in de huidige bekostiging grondkosten uitsluitend in de financiering (rente voor vreemd vermogen) meegenomen en dus niet in de afschrijvingen. Het is de vraag of het noodzakelijk is om in de tarieven rekening te houden met een dergelijk kostenverschil, aangezien dit maar in beperkte mate in de exploitatie doorwerkt. Rentekosten moeten wel worden opgenomen, de vraag is nog op welke manier. De aannames die bij de invoering van de NHC zijn gemaakt, wijken op onderdelen af van de huidige beleidsregels; dit is vooral het geval bij de

⁶ De omrekening vindt plaats in het rekenmodel. Er wordt niet jaarlijks op instellingsniveau naar bezetting en productie gekeken.

afschrijvingstermijnen. Toepassing van de NHC betekent op dat punt een verbetering, maar invoering kan niet budgettair neutraal plaatsvinden. Bij een verkorting van de afschrijvingstermijnen worden kosten in de tijd naar voren gehaald. Tegelijkertijd is het nog niet mogelijk om opbrengsten in termen van efficiënter bouwen al in te boeken: de 'cost gaet voor de baet' en dat is budgettair lastig. Tot nu toe is dat het enige argument van het ministerie van VWS tegen een generieke verkorting van de afschrijvingstermijnen geweest.

De NZa is van mening dat de NHC-benadering op korte termijn de beste mogelijkheden biedt om tot integrale tarieven te komen die recht doen aan functiever verschillen. Van belang is daarbij wel om ook de onderliggende veronderstellingen van het NHC-model te aanvaarden (vooral afschrijvingstermijnen die aansluiten bij de werkelijke gebruiksduur van gebouwen). De NZa tekent daarbij aan dat deze benadering investeringen mogelijk maakt, maar dat deze instellingen, evenmin als onder het bouwregime, niet verplicht om te investeren. Er ligt echter een financiële prikkel in het model om hogere kwaliteit te leveren en daarmee patiënten aan te trekken. In hoofdstuk 3 gaat de NZa hier verder op in.

Aangezien de NHC de kosten van bouwrente en financiering van de grondaankoop grond niet dekt, is het noodzakelijk om hiervoor een aanvullende maatregel vast te stellen. De bouwrente loopt nu immers mee in de budgetvergoeding, evenals rentekosten van aangekochte grond.

Incidentele kosten (bijvoorbeeld een bijzondere waardevermindering van activa) blijven ook buiten de tarieven. Die eenmalige kosten moeten op enig moment worden vergoed, maar zullen naar verwachting per instelling dusdanig verschillen dat een generieke regeling via de tarieven niet mogelijk is. Bovendien gaat het niet om structurele kosten, dus moeten deze ook buiten het tarief blijven (zie ook hoofdstuk 6).

2.3 Instandhoudingsinvesteringen en inventarissen

De afschrijvingskosten van inventarissen maken van de NHC geen onderdeel uit en zijn evenmin meegenomen in de kostprijzen die voor de berekening van de ZZP-prijzen gehanteerd zijn. Dit betekent dat het naast de opslag voor gebouwgebonden investeringen noodzakelijk is om in de tarieven een opslag voor inventarissen op te nemen. Voor de afschrijving van inventarissen geldt op dit moment een normatieve budgetvergoeding; in de rentevergoeding wordt ook de rente over de normatief berekende boekwaarde betrokken. De werkelijke kosten van inventarissen kunnen daarvan dus afwijken. Het is dan ook noodzakelijk om de huidige vergoeding om te rekenen naar de ZZP-tarieven dan wel de kapitaallastcomponent.

De huidige instellingsbudgettering kent een beleidsregel voor instandhoudingsinvesteringen. Er wordt jaarlijks normatief een bedrag aan instandhoudingsinvesteringen toegekend. Daarnaast hebben instellingen de zogeheten trekkingsrechten, waarmee zij incidentele instandhouding kunnen realiseren (renovatie na circa twintig jaar). Beide onderdelen komen bij afschaffing van het budgetmodel uiteraard te vervallen. In de NHC-benadering zijn onderhoud en instandhouding/renovatie meegenomen in het integrale tarief. Daarmee vervangt zij de bestaande regelgeving op het gebied van instandhouding/trekkingsrechten volledig. Niet-benutte trekkingsrechten

vervallen en het saldo van de verplichte reserve-instandhouding wordt toegevoegd aan het eigen vermogen.

Wanneer de keuze niet op de NHC-benadering zou vallen, is een alternatief model om het nog niet benutte saldo aan trekkingsrechten toe te rekenen aan de generieke opslag. Het saldo aan trekkingsrechten is bestemd voor toekomstige renovaties en vormt als het ware een reserve voor toekomstige bouw. Voor alle duidelijkheid: dit houdt niet in dat de niet-benutte trekkingsrechten onderdeel zijn van de balans van zorginstellingen. In de macrobudgettaire BKZ-ramingen wordt het toekomstige (geschatte) gebruik van de trekkingsrechten meegenomen als toekomstige uitgaven. Deze benadering werkt de NZa in dit advies niet uit.

2.4 Rentekosten

De huidige vergoeding van rentekosten (vooral de rente over vreemd vermogen) is gebaseerd op het model van rentenormering. Die rentevergoeding, die per instelling wordt vastgesteld, is gekoppeld aan de gestandaardiseerde boekwaarde van de activa. Het rentepercentage volgt de marktrente en er is sprake van een onderscheid tussen kort en lang vreemd vermogen.

Behalve de financiering van de bouw (meestal met langlopend vreemd vermogen), kent het rentenormeringsmodel ook een vergoeding voor (normatief) werkkapitaal toe. Bouwrente wordt vergoed over het onderhanden werk van lopende bouwprojecten.

Wat eigen vermogen betreft, geldt dat inbreng daarvan leidt tot een verlaging van de totale rentevergoeding. Op het eigen vermogen is uitsluitend een inflatiecorrectie van toepassing.

De rentenormering leidt ertoe dat de rentevergoeding in de budgetten een gewogen gemiddelde is van de marktrentevoeten van de afgelopen jaren.

Bij toepassing van de NHC of iedere andere vorm van normering van de vergoeding doen zich een aantal vragen voor:

- Welk niveau wordt in de berekening gehanteerd?
 - historisch;
 - marktrente;
 - voortschrijdend gemiddelde.
- Wat is de risico-opslag?
 - De huidige risico opslag van 75 basispunten voldoet mogelijk niet in een situatie zonder omzetgarantie.

In de NHC-benadering is een rentecomponent opgenomen. In het rapport 'Quick Scan in de care' is uitgegaan van een discontovoet van 6,5% (bestaande uit 4% rente vermeerderd met 2,5% inflatie, zie bijlage 1) voor de specifieke vastgoedinvestering. Deze rentevergoeding geldt – in tegenstelling tot het huidige regime van rentenormering – ook voor het gedeelte van de investering dat instellingen met eigen vermogen financieren. De vergoeding die een instelling ontvangt is bij bekostiging met normatieve tarieven onafhankelijk van de vraag of zij met eigen dan wel met vreemd vermogen financiert. Het huidige rentenormeringsmodel corrigeert voor financiering met eigen vermogen en de instelling ontvangt daarvoor uitsluitend een inflatievergoeding. Door de rentevergoeding in de prijs per prestatie op te nemen en daarbij uit te gaan van volledige financiering met vreemd vermogen, vervalt in de vergoeding het onderscheid tussen financiering met eigen vermogen en financiering met vreemd vermogen. Het model wordt daarmee voor wat betreft de keuze tussen financiering met eigen of vreemd vermogen neutraal.

Bouwrente (dat wil zeggen rente tijdens de bouw), rente over werkkapitaal en rente over de boekwaarde van inventarissen, maken van de NHC-berekeningen geen onderdeel uit. Dit vergt nog nadere uitwerking.

Een ander aspect heeft betrekking op de manier waarop rentefluctuaties in de tariefvergoeding doorwerken. Een rekenmodel dat de marktrente volgt, kan mogelijk leiden tot aanzienlijke fluctuaties in de NHC en dat bemoeilijkt de planning van investeringen. Anderzijds kan een vaste rente ook problemen geven, als die vaste rente te ver af ligt van de marktrente. Zo is per 1 januari 2009 de rentevergoeding voor lange leningen verhoogd en wordt als basis in plaats van de IRS de rentevoet gehanteerd die geldt voor leningen die geborgd worden door het Waarborgfonds voor de Zorgsector (Wfz), verhoogd met een risico-opslag. Het verschil met de oude norm bedraagt circa 80 tot 100 basispunten. Dit bleek nodig omdat het onmogelijk was om nog tegen de bestaande normvergoedingen leningen aan te trekken. Als dergelijke rentefluctuaties niet of te laat in de vergoedingsprijzen doorwerken, gaan instellingen daar verlies op maken en/of investeren zij niet langer in gebouwen. Dat geldt vooral voor instellingen die (opnieuw) moeten lenen; een alternatief in de vorm van het aantrekken van risicodragend eigen vermogen is immers vaak niet voor handen. Een mogelijkheid is om een bandbreedte te bepalen en de NHC pas aan te passen (naast de reguliere indexering) op het moment dat de reële rente zich buiten die bandbreedte begeeft.

Bij de verdere uitwerking zal de NZa de voor- en nadelen van verschillende varianten inventariseren.

2.5 Incidentele kosten

Interimvoorzieningen

Bij interimvoorzieningen gaat het om tijdelijke huisvesting van bewoners van een AWBZ-instelling in afwachting van nieuwbouw of renovatie van de permanente huisvesting. In tegenstelling tot de situatie bij ziekenhuizen zijn die bewoners immers permanent op de woonfunctie bij de zorgaanbieder aangewezen. Daar komt bij dat bijvoorbeeld verplaatsing naar de rand van een gemeente vanwege de woonfunctie eerder bezwaren oproept dan de verplaatsing van een ziekenhuis. Bij nieuwbouw of renovatie van een AWBZ-instelling zijn er verschillende situaties denkbaar:

Nieuwbouw op een nieuwe locatie

In die gevallen blijven de bewoners tot aan de ingebruikneming van de nieuwbouw gewoon in de oude behuizing. De instelling draagt de oude exploitatielasten en daarnaast de bouwkosten. De lasten van de oude locatie zullen in het algemeen lager zijn dan gemiddeld (wellicht met uitzondering van het onderhoud) en de NHC-vergoeding zou voldoende moeten zijn om de bekostiging te dekken.

Nieuwbouw of grote renovatie op de huidige locatie

In dit geval is het noodzakelijk om de bewoners tijdelijk elders onder te brengen (huur of tijdelijke bouw). Daarbij draagt de zorgaanbieder zowel de bouwkosten als de kosten van de tijdelijke huisvesting. Dit kan een probleem vormen. Als de aanbieder de interimvoorziening afstoot op het moment dat hij de nieuwbouw in gebruik neemt, is op dat moment het probleem opgelost. Een knelpunt kan ontstaan als een instelling op tijdelijke voorzieningen versneld moet afschrijven.

De kosten die gemoeid zijn met interimvoorzieningen zijn aanzienlijk. In de periode van 2005 tot en met heden gaat het volgens TNO Centrum

Zorg en Bouw om circa 470 projecten en een totaalbedrag van € 428 miljoen aan investeringskosten en € 60 miljoen aan jaarlijkse huurkosten. Ter vergelijking: als percentage van de totale vergunningenstroom voor AWBZ-instellingen in diezelfde periode bedroeg het investeringsbedrag voor interimvoorzieningen (volgens berekeningen van TNO Centrum Zorg en Bouw) 9,5%. De NHC-vergoedingen houden geen rekening met deze kosten van interimvoorzieningen. De situaties die zich kunnen voordoen zijn ook te specifiek voor een (volledig) algemene regeling.

Een oplossing voor interimvoorzieningen is niet eenvoudig vorm te geven. In de oude situatie was immers sprake van een afzonderlijke beoordeling door het Bouwcollege en dat gold ook voor interimvoorzieningen.

Na afschaffing van het bouwregime zijn er geen mogelijkheden meer voor individuele beoordelingen en ook de nacalculatie verdwijnt. Het is dan ook noodzakelijk een mogelijkheid te creëren om kosten in specifieke omstandigheden te vergoeden. Tegelijkertijd is het – gelet op de kosten van interimvoorzieningen⁷ – uit een oogpunt van doelmatigheid aantrekkelijk een prikkel in te bouwen voor instellingen om waar mogelijk de noodzaak van interimvoorzieningen te voorkomen. Als er op dit terrein geen regeling komt, kan het leiden tot suboptimale locatiekeuzes.

Hieronder volgen enkele mogelijke oplossingen met betrekking tot interimvoorzieningen:

Niets doen

De IGZ dwingt een minimaal niveau van voorziening af. Als instellingen daardoor in de problemen komen, kunnen zij terugvallen op steunverlening en ad hoc-maatwerk binnen de regels van het steunverleningsbeleid (dit vergt wel een nadere standpuntbepaling van het ministerie van VWS over steunverlening). Deze variant leidt tot veel reguleringsonzekerheid voor zorgaanbieders en biedt ook ruimte tot afwentelgedrag.

Hardheidsclausule opnemen, specifiek voor knelpunten bij interimvoorzieningen/specifieke problemen

Dit vormt in wezen een variant op algemene steunverlening. De NZa kan overwegen om bij een dergelijke hardheidsclausule aan de zorgaanbieder een eigen bijdrage op te leggen; daarmee bouwt zij een prikkel in om onnodig beroep op de regeling te beperken.

Lokaal overeen te komen meerkosten

Een instelling en het zorgkantoor/de verzekeraars komen tijdelijk een hoger tarief overeen en dienen daarvoor een aanvraag in bij de NZa. (de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) biedt die mogelijkheid). De verzekeraar toetst dan of de interimvoorziening onvermijdbaar is. In dit geval zou de NZa een procedure voor de toetsing kunnen vaststellen.

De NZa stelt op voorhand een afzonderlijke toeslag voor interimvoorzieningen vast

Die toeslag geldt in aanvulling op het reguliere NHC-tarief. De verzekeraar/het zorgkantoor moet nog steeds beoordelen of de interimvoorziening noodzakelijk is, maar hoeft niet over de prijs te onderhandelen. Deze optie vergt wel dat de verzekeraar de meerkosten nog vergoed krijgt. De vraag is of het mogelijk is om voor de kosten van

⁷ Als er sprake is van interimvoorzieningen, dan kosten deze circa 75% van de nieuwbouwkosten.

interimvoorzieningen een norm vast te stellen en de periode waarvoor de toeslag geldt op voorhand te maximeren. Discussiepunten daarbij zijn:

- De hoogte van de toeslag.
- De beoordeling van de noodzaak.
- De termijn/overschrijding van termijnen.
- Het nadeel van een toeslag dat de prikkel voor een aanbieder om interimvoorzieningen zo kort mogelijk te gebruiken wordt weggenomen, tenzij de NZa op voorhand een maximum stelt.
- Of in de norm (de NHC) een gedeeltelijke vergoeding moet worden opgenomen.

Geen van de genoemde opties is ideaal; de laatste optie sluit wel het beste aan bij het structurele vergoedingsmodel.

Grondkosten en regionale kostenverschillen (niet door de instelling te beïnvloeden)

Algemeen uitgangspunt is dat zorgaanbieders en verzekeraars geen risico lopen over kosten die zij niet kunnen beïnvloeden. Gelet op de regionale verschillen in grondprijzen heeft het ministerie van VWS de NZa gevraagd om te bekijken of een specifieke regeling voor de grondkosten wenselijk is. TNO Centrum Zorg en Bouw heeft daarover opgemerkt dat de invloed van de kosten van verwerving van grond op de exploitatie beperkt is. Naar aanleiding hiervan zijn meerdere voorbeelden genoemd van regionale verschillen in (functionele) eisen die de bouwkosten beïnvloeden⁸. Voorbeelden zijn eisen van duurzaam ruimtegebruik die ondergrondse parkeervoorzieningen noodzakelijk maken of het verdrag van Malta, waaruit kosten van archeologisch bodemonderzoek kunnen voortvloeien (inclusief eventuele vertraging in de bouw die daarmee gepaard gaat).

Uitgangspunt voor de integrale tarieven is dat zorgaanbieders daar gemiddeld genomen hun bouw uit kunnen bekostigen. Er moet een compensatie mogelijk zijn voor lokale kosten die de instelling niet kan beïnvloeden.

Het is vrijwel niet mogelijk om op voorhand voor alle lokale afwijkingen een oplossing te bieden door middel van een specifieke regeling (tenzij er in de NHC een erg ruime marge naar boven wordt opgenomen, maar dat heeft andere evidente nadelen). Overigens heeft de NZa bij de kleinschalige woonvormen differentiatie in grondkosten afgeschaft omdat de financiële problemen niet opwogen tegen de uitvoeringsproblemen en de administratieve lasten.

Mogelijke benaderingen in dit verband zijn:

- Steunverlening dan wel een hardheidsclausule (zie boven; dit vergt nadere standpuntbepaling van het ministerie van VWS over steunverlening).
- Het opnemen van procedurevereisten.
- Een lokale toeslag onderhandelen. Dit zal er waarschijnlijk vaak op neerkomen dat de kosten alsnog worden vergoed, zeker zolang het zorgkantoor over zijn uitgaven geen risico loopt. Bij uitvoering van de AWBZ door meerdere risicodragende verzekeraars leidt dit tot problemen.
- De NZa stelt een maximale toeslag vast.
- Een nadere statistische analyse van de kosten en de kostenverschillen. Zo'n analyse dient om vast te stellen in hoeverre de tarieven aansluiten bij een reëel kostenniveau en toont aan welke kostenverschillen niet te verklaren zijn uit de casemix en uit efficiencyverschillen.

⁸ Overigens heeft dit niet uitsluitend betrekking op de bouwkosten: zo zijn er regionale verschillen in verzekeringspremies, gemeentelijke heffingen (WOZ) enzovoorts.

- TNO Centrum Zorg en Bouw onderzoekt de mogelijkheid van een margebenadering. In de modellen kan worden gerekend met een spreiding in grondkosten van circa 20% rond de gemiddelde prijs per m². Bij de verdere uitwerking onderzoekt de NZa deze optie.

In het algemeen leidt het achterwege laten van specifieke maatregelen tot een optimale prikkel voor instellingen. Iedere vorm van aanvullende compensatie kan immers voor de zorgaanbieder aanleiding zijn om zich passief te gedragen en kosten op de collectieve vergoedingen af te wentelen. Daar staat tegenover dat zorginstellingen dan wel een reële mogelijkheid moeten hebben om hun kosten te beïnvloeden. De vergoeding zal zoveel mogelijk in het integrale tarief worden opgenomen als prikkel voor instellingen om te proberen de kosten van dit onderdeel te beperken. Naarmate een instelling echter minder mogelijkheden heeft om kosten te beïnvloeden en naarmate er sprake is van een grotere spreiding in kosten, wordt het opnemen in het tarief lastiger (en ook minder doelmatig).

2.6 Kostengevolgen bij invoering

Invoering van de NHC-methode kan niet budgettair neutraal plaatsvinden. Datzelfde geldt in wezen voor iedere benadering die de historische kosten als basis loslaat. De NZa is verder van mening dat een model van prestatiebekostiging niet te combineren is met de huidige macro- en regiobudgetbenadering. In dat geval leiden de tarieven immers uitsluitend tot een herverdeling van bestaande middelen (en bestaande schaarste). Daarnaast is de NZa van oordeel dat het huidige budgetniveau niet de juiste referentie voor een acceptabel kostenniveau kan zijn. Bij voortzetting van het bouwregime en de nacalculatie zou namelijk evenmin sprake zijn geweest van macroneutraliteit, want onder dat regime leidden investeringen tot kostenstijgingen, werkten rentefluctuaties door in de budgetten enzovoorts. Het vastpinnen van de vergoeding op het huidige niveau zou neerkomen op het op voorhand inboeken van een doelmatigheidswinsten door middel van een korting. De NZa wijst er bovendien op dat het bouwregime nu is losgelaten,⁹ maar dat het regime van nacalculatie vooralsnog gehandhaafd blijft. Op dit moment is er dus geen regelgeving om de kosten van nieuwbouw te reguleren. Disciplineren van de kosten is gebaseerd op de toekomstige normatieve vergoeding.

Voortzetting van de huidige situatie en van het bestaande bekostigingsregime leidt dan ook tot meerkosten in vergelijking met het huidige budgetniveau, zeker als in aanmerking wordt genomen dat bij een groot aantal instellingen sprake is van een achterstand in kwaliteit die zij op korte termijn door investeringen moeten inlopen.

Er zijn bij van de verwachte kostenontwikkeling nog andere kanttekeningen te maken:

- Bij een keuze voor een systeem van productieafhankelijke prestatiebekostiging leidt een volumestijging tot hogere uitgaven en dit geldt ook voor de kapitaallasten. Dat kan overdekking van vaste kosten tot gevolg hebben. Voor de gebouwgebonden kapitaallasten zal dat een beperkt effect hebben, omdat – anders dan in bijvoorbeeld ziekenhuizen – de capaciteit bij de verblijffuncties de productie beperkt. Meer patiënten leiden dan al snel tot een behoefte aan extra capaciteit en dus aan aanvullende investeringen.

⁹ Het Koninklijk Besluit waarmee het Kabinetbesluit van november 2008 wordt geformaliseerd, is op 31 maart 2009 getekend.

- In het huidige model is geen sprake van indexering van de afschrijvingen, want de afschrijvingen vinden plaats op basis van de historische uitgaafprijs. In een model van prestatiebekostiging worden tarieven wel geïndexeerd.
- Naar de mening van de NZa is een periodieke herijking van prijzen aan de werkelijke kosten noodzakelijk, ook om de vergoeding voor bouw te laten aansluiten op de kwaliteitsnormen.

3. Differentiatie naar kwaliteit

3.1 Inleiding

Bij het ministerie van VWS leeft sterk de gedachte dat de integrale ZZP-tarieven het mogelijk moeten maken om bij de inkoop van zorg te differentiëren op basis van kwaliteit van de gebouwen. Instellingen die een lagere kwaliteit huisvesting aanbieden, zouden dan van de verzekeraar dan wel van de NZa een lager tarief moeten krijgen. In dit hoofdstuk gaat de NZa in op de wenselijkheid en uitvoeringsmogelijkheden om bij de inkoop van zorg op basis van kwaliteit van de gebouwen te differentiëren.

Achtereenvolgens komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- theoretisch model voor differentiatie;
- uitvoeringsmogelijkheden en handhaving;
- financieringsaspecten.

3.2 Theoretisch model

Aan de hand van een voorbeeld is het mogelijk om het theoretische model voor differentiatie bij de inkoop van zorg op basis van kwaliteit van de gebouwen te illustreren. Het uitgangspunt zijn twee aanbieders, elk met een capaciteit van 600. Beide instellingen beschikken over drie gebouwen, die in kwaliteit variëren (goed, standaard, slecht). In werkelijkheid vormt de kwaliteit van gebouwen slechts één onderdeel van de zorgkwaliteit, maar dat blijft in dit voorbeeld buiten beschouwing.

In een tabel zien deze gegevens er als volgt uit:

aanbieder	G	M	S
X	200	200	200
Y	100	200	300
totaal	300	400	500

Bij dezelfde casemix in ZZP's (identieke indicaties/patiëntpopulatie) zou X dus een hoger budget moeten krijgen dan Y, althans een hogere vergoeding voor zijn huisvestingskosten.

Stel de volgende NHC:

Goed	€ 1,25
Middel	€ 1,00
Slecht	€ 0,75

De vergoeding zou dan worden:

aanbieder	G	M	S	Totaal
X	250	200	150	600
Y	125	200	225	550
Totaal	375	400	375	1150

3.3 Uitvoeringsmogelijkheden en handhaving

Voor differentiatie bij de inkoop van zorg op basis van kwaliteit van de gebouwen zijn de volgende aspecten relevant:

- het investeringsgedrag;
- de tariefsoort;
- substitutie van productiefactoren;
- classificatie van kwaliteit van huisvesting;
- tariefonderhandelingen/uitkomsten;
- mogelijkheid tot handhaving.

Investeringsgedrag aanbieders

Onder het bouwregime was geen sprake van een verplichting tot investering. Ook in het nieuwe vergoedingssysteem bestaat die niet. Toezicht op voldoende kwaliteit van bouwvoorzieningen ligt bij de IGZ en alleen deze toezichthouder kan een instelling verplichten om in onderhoud te investeren.

Iets anders is of de bekostigingsystematiek een prikkel geeft om te investeren in voldoende kwaliteit van huisvesting. Door te kiezen voor een vergoeding die afhankelijk is van de productie zal een zorgaanbieder voldoende cliënten moeten trekken om zijn kosten te dekken. De gedachte achter het nieuwe model is dat het zorgkantoor en uiteindelijk de zorgverzekeraar voor zijn verzekerden de zorg inkoop bij de aanbieder met de beste kwaliteit/prijsverhouding. Aanbieders die onvoldoende kwaliteit leveren, blijven dus met niet-vergoede overcapaciteit zitten.

Tariefsoort

Met het oog op de invoering van ZZP's is besloten om bandbreedtetarieven te gebruiken. Dit betekent dat zorgaanbieders en zorgkantoren binnen de bandbreedte met elkaar kunnen onderhandelen over de vergoeding. Uiteindelijk is echter het totaaltarief bepalend. Dit houdt in dat een verschil tussen het spiltarief en de overeengekomen prijs niet aan een bepaalde component is toe te rekenen, tenzij het principe van een integraal tarief wordt losgelaten en zorgaanbieders en zorgkantoren in feite twee tarieven overeenkomen: een tarief voor loonkosten en materiële kosten en een tarief voor de huisvestingscomponent. Het is de vraag of partijen op die manier kunnen en willen onderhandelen. Uitgangspunt tot nu toe was wel dat er in het tarief een afzonderlijk zichtbare kapitaallastenvergoeding werd opgenomen.

Een vraag voor de uitvoering is nog de volgende: moet, zoals in het bovenstaande voorbeeld, de NZa de tariefdifferentiatie vaststellen? Dat betekent dat zij per kwaliteitsklasse een (maximum)tarief moeten vaststellen. Een alternatief is dat de NZa per ZZP één maximumtarief bepaalt. In het voorbeeld zou dat € 1,25 zijn. Een tussenvorm die denkbaar is, is dat de NZa een bandbreedtetarief vaststelt (in het voorbeeld: € 1 +/- € 0,25).

Eén en ander betekent in principe wel dat zorgaanbieders met een gelijke gebouwkwaliteit toch verschillende vergoedingen kunnen krijgen (afhankelijk van de onderhandelingsresultaten). De vraag is of dat wenselijk is. Als een dergelijk resultaat acceptabel is, is het ook mogelijk om te volstaan met een maximumtarief en de rest aan onderhandelingen over te laten¹⁰.

¹⁰ Voor een analyse van marktmachtverhoudingen: zie de uitvoeringstoets 'Care voor de toekomst' die de NZa in maart 2007 heeft uitgebracht.

Substitutie

Onder het onderdeel 'tariefsoort' is al even het punt van de substitutie genoemd. In het huidige vergoedingssysteem is substitutie tussen enerzijds kapitaallasten en anderzijds loonkosten en materiële kosten niet mogelijk. Invoering van een integraal tarief maakt dat wel mogelijk. Daarbij kan ook gebouwkwaliteit en kwaliteit van zorg worden gesubstitueerd. De zorgvrager en/of het zorgkantoor kunnen hierbij een afweging maken.

Aan de aanbodkant is substitutie ter beslissing van de zorgaanbieder. Het ligt dan niet voor de hand om een afzonderlijke classificatie van het gebouw voor te schrijven en dat voor andere kwaliteitsaspecten buiten beschouwing te laten.

In de vergoeding is met het oog op de uitvoering van de voorgestelde overgangsregeling (zie hoofdstuk 7) een aanname over de opbrengst van de kapitaallastenvergoeding noodzakelijk. In de toerekening van de werkelijke kapitaallasten is het onmogelijk om rekening te houden met lokaal overeengekomen opbrengstdifferentiatie, tenzij partijen de opbrengst die bij de nacalculatie wordt betrokken ook lokaal overeenkomen.

Classificatie kwaliteit

Het ministerie van VWS bestudeert op dit moment de mogelijkheid van een soort puntensysteem, zoals ook de sociale woningbouw dat kent. Toepassing daarvan betekent wel dat het noodzakelijk is om op gebouwniveau een classificatie uit te voeren. De NZa hanteert voor de uitvoering van de budgettering/regionale afspraken het niveau van de rechtspersoon (per regio?) en beschikt niet over gegevens op het niveau van gebouwen. Daar komt bij dat ook binnen een gebouw verschillen kunnen optreden (gebouwen kunnen per vleugel/verdieping worden gerenoveerd).

Bij de invoering van de meldingsregeling heeft een classificatie van gebouwen per vierkante meter plaatsgevonden en is het aantal normatieve vierkante meters per instelling bepaald. Vervolgens zijn de vierkante meters in een aantal (zes tot zeven) klassen verdeeld. Een vergelijkbare inventarisatie zou opnieuw moeten plaatsvinden. De NZa heeft daarvoor niet de capaciteit.

Als er een link zou moeten gelegd met wettelijke tarifiering (zie hierboven), dan moet ook de classificatie wettelijk worden geborgd. Aangezien het de bedoeling is dat instellingen gaan investeren in gebouwkwaliteit, is het bovendien noodzakelijk om de inventarisatie regelmatig te actualiseren. Dit brengt naar verwachting hoge uitvoeringslasten met zich mee.

Als in de tarifiering een onderscheid moet worden gemaakt naar kwaliteit, is borging van de classificatie in regelgeving vereist. In de oude situatie (bouwregime en WTZi) was beoordeling van bouw wettelijk vastgelegd in de WTZi en was de uitvoering daarvan in handen van het Bouwcollege. De NZa heeft op dit moment geen enkele bevoegdheid op grond waarvan zij een dergelijke classificatie kan vormgeven/vaststellen. In de Wmg is geen wettelijke bevoegdheid hiervoor opgenomen en er is evenmin iets geregeld in de beleidsregels WTZi. Daarnaast is de NZa geen voornemen bekend om zo'n wettelijke bevoegdheid in de Wet Cliëntenrechten Zorg op te nemen. Het ontbreekt de NZa aan inhoudelijke kennis en zij vreest hoge uitvoeringslasten. Om die reden is de NZa geen voorstander van een dergelijke gedetailleerde regeling.

Decentrale tariefonderhandelingen?

Hiervoor is al aangegeven wat de mogelijkheden zijn voor de tariefsoort. Een bijzonder element is het (verwachte) gedrag van de zorgaanbieder en de verzekeraar/het zorgkantoor.

Als sprake is van maximumtarieven (dat wil zeggen zonder kwaliteitsgrenzen die de NZa heeft bepaald), dan bestaat er voor de verzekeraar geen enkele verplichting om een hogere vergoeding te betalen nadat een instelling in betere gebouwen heeft geïnvesteerd. Omgekeerd: als de aanbieder marktmacht heeft, zal de verzekeraar altijd de hoogste prijs moeten betalen. Dat zal vooral het geval zijn bij capaciteitstekorten of bij volledige bezetting. Daarbij speelt ook een rol dat zorgkantoren (nog) geen enkel risico lopen over de uitgaven en dus ook geen prikkel hebben om over een lager tarief te onderhandelen. De kans is dus groot dat partijen gewoon het maximumtarief dan wel de maximale huisvestingsvergoeding overeenkomen. Het is immers niet mogelijk om onderhandelingen dan wel tariefdifferentiatie af te dwingen.

Een aandachtspunt is nog de manier waarop de regionale contracteerruimte wordt bepaald. De (gebudgetteerde) kapitaallasten maken nog geen deel uit van de regionale contracteerruimte. Bij normatieve vergoedingen in de tarieven zal dat wel het geval zijn. Als dan binnen een regio ruimte overblijft (door lagere prijzen af te spreken of minder volume te contracteren), wat voor gevolgen heeft dat voor de contracteerruimte? Als het model van regionale uitvoering door zorgkantoren wordt vervangen door een model van uitvoering door landelijk opererende verzekeraars, lijkt de complexiteit nog toe te nemen. De regionale contracteerruimte is dan ook niet verenigbaar met invoering van prestatiebekostiging met integrale tarieven. Integrale prestatiebekostiging betekent dat het nog uitsluitend mogelijk is om de uitgaven te beheersen via ingrepen in het verzekerde pakket of via beleid voor eigen bijdragen.

Mogelijkheden tot handhaving

Handhaving wordt pas een issue als de NZa door regulering tariefdifferentiatie voor verschillen in gebouwkwaliteit gaat voorschrijven. Als zij daartoe overgaat, vereist dat een classificatie van gebouwkwaliteit die wettelijk wordt geborgd en onderhouden. Wanneer het volledig aan de lokale partijen wordt overgelaten, stelt de NZa alleen maximumtarieven vast en vindt ten aanzien van de kwaliteitsclassificatie en de prijsafspraken geen handhaving plaats (anders dan toezicht op het niet overschrijden van de maximumtarieven).

3.4 Financieringsaspecten

Kiezen voor een kwaliteitsclassificatie in de tarieven betekent in feite dat het principe van landelijke maximumtarieven weer wordt verlaten, en dit voor individueel te bepalen tarieven, waarbij de NZa per instelling een tarief moet bepalen (in feite niet per instelling maar, wanneer het gaat om stichtingen met meerdere faciliteiten, per gebouw) Hiermee wordt ook weer een koppeling gelegd tussen investeringsmoment en tariefbepaling. De instelling krijgt immers een hogere vergoeding wanneer zij (via investeringen) de kwaliteit van haar gebouwen heeft verhoogd. Dit grijpt terug op een uitgangspunt van het huidige model, namelijk vergoeding op basis van werkelijk gebruik in plaats van een normatieve vergoeding. Het behoeft geen betoog dat dit de mogelijkheid van een instelling om te reserveren voor toekomstige investeringen nagenoeg uitsluit, wat een extra financieringshandicap vormt.

3.5 Advies/conclusie NZa

De NZa is van mening dat kwaliteitsclassificatie van gebouwen binnen de tarieven geen toegevoegde waarde heeft. Binnen de systematiek van bandbreedtetarieven die voor de ZZP's geldt, bestaat naar de mening van de NZa voldoende ruimte om te onderhandelen waarbij ook de kwaliteit een rol kan spelen. Om het model van prestatiebekostiging te laten werken, zal echter de totale kwaliteit van zorg onderwerp van onderhandeling moeten zijn.

Uitvoeringslasten van de kwaliteitsclassificatie van gebouwen zijn naar verwachting hoog en het bekostigingsmodel blijft in die benadering een hybride model, tussen instellingspecifieke bekostiging en prestatiebekostiging. Dit heeft nadelige gevolgen voor de financiering.

4. Vertaling NHC naar ZZP-productie

4.1 Verschillende kapitaalintensiteit per ZZP

De bouwnormen verschillen per functie. Voor verschillende verblijfscategorieën gelden op dit moment verschillende functionele eisen. Een vertaling van de NHC naar ZZP's is mogelijk, aangezien ook de ZZP's aan verschillende functies zijn gekoppeld. Daarmee kan recht worden gedaan aan verschillen in kapitaalintensiteit tussen diverse functies die instellingen aanbieden. De keerzijde is dat een erg specifieke en gedetailleerde kapitaallastentoerekening tot gebrek aan flexibiliteit kan leiden. De ZZP-differentiatie moet voor wat betreft de kapitaallastentoerekening dan ook zo globaal mogelijk zijn, maar wel voorzien in een adequate vergoeding voor erg specifieke voorzieningen zoals plafondliften, aanpassingen voor visueel gehandicapten en investeringen voor een beschermde/beveiligde woonomgeving voor extreme gedragsproblematiek.

Op dit momenteel verkent de NZa de mogelijkheden om de vertaling van de NHC naar een integraal ZZP-tarief zodanig te laten plaatsvinden dat deze flexibele en economisch duurzame bouw stimuleert zonder dat dit ten koste gaat van het aantal ZZP-plaatsen waar specifieke voorzieningen noodzakelijk zijn.

Een mogelijkheid om tariefverschillen te bepalen is de werkelijke kosten en de productie statistisch te analyseren. Aangezien de gebouwgebonden kosten echter grotendeels zijn vastgesteld op basis van de bouwmaatstaven die door de jaren heen zijn gehanteerd, is het de vraag of dat bruikbare informatie oplevert. Niettemin zou een dergelijke analyse wel moeten plaatsvinden om te bekijken in hoeverre de productie, de tarieven en de kosten in redelijke verhouding tot elkaar staan.

4.2 Verschillen in courantheid onroerend goed

Er kan per instelling een verschil bestaan tussen de boekwaarde van het onroerend goed en de marktwaarde daarvan. De mate waarin het onroerend goed courant is, is meestal bepalend voor de marktwaarde. Hoe specifiek de bouw en de functionele voorzieningen (bijvoorbeeld beveiliging), des te minder courant het vastgoed is. Normale woonvoorzieningen (zeker als die relatief eenvoudig kunnen worden omgezet naar woningen) hebben een hogere eindwaarde dan specifieke bouwvoorzieningen. Het is aan de instelling om hier met de bouw wel of geen rekening mee te houden.

De normatieve vergoeding differentieert niet naar hergebruiksmogelijkheden. Wanneer zorginstellingen gemiddeld hoge winsten uit hun vastgoed weten te halen, kan de vergoeding uiteraard worden aangepast. Op voorhand corrigeren voor mogelijke winsten lijkt niet haalbaar in het licht van de verplichting in de Wmg om voor adequate tarieven te zorgen.

5. Risico's invoering integrale tarieven

5.1 Risico van productieverschillen (q)

Zoals bekend hadden in het oude budgetmodel volumeschommelingen geen invloed op de vergoeding van de kapitaallasten. Met invoering van prestatiebekostiging is dat wel het geval. De NZa gaat in dit hoofdstuk vooral in op de risico's van productieverschillen vanuit het perspectief van de zorgaanbieder. Zorgkantoren lopen op hun uitgaven nog geen risico. Bij toename van de productie komen uiteraard ook de macro-uitgaven onder druk te staan, maar dat blijft in dit hoofdstuk buiten beschouwing.

Volumeveranderingen kunnen drie vormen hebben:

Minder of meer zorgvragers

Het zorgkantoor kan besluiten om bij een aanbieder voor minder of meer zorgvragers zorg in te kopen. Ook kan de vraag afnemen.

Verandering van de casemix (mix van de ZZP's)

Daardoor veranderen ook de inkomsten¹¹.

Wijzigingen pakket/indicatie

Zorgvragers kunnen een andere indicatie krijgen en de instroom van nieuwe zorgvragers kan een andere ZZP-indicatie hebben dan de uitstroom. Dat levert veranderingen in de kasstroom op, terwijl tegelijkertijd de instelling de betrokken bewoners niet kan dwingen naar een andere instelling te gaan. Een bijzondere vorm van indicatieverandering is een pakketwijziging of pakketoverheveling. Het meest recente voorbeeld vormt de revalidatiezorg die vanuit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet gaat (en waarvoor afzonderlijke DBC's moeten worden ontwikkeld). Een ander voorbeeld van een systeemwijziging is de afzonderlijke bekostiging van de woonvoorziening (buiten de AWBZ om).

Investerings vereisen een prognose van toekomstige zorglevering en inkomsten. Pakketwijzigingen liggen buiten de invloedssfeer van de zorgaanbieder, maar vormen voor hem wel een risico. Van de omvang van de andere volumerisico's moeten aanbieders een schatting maken. Het probleem is dat wanneer zij een investering hebben gedaan de kosten voor langere tijd vastliggen, terwijl de inkomsten gaan fluctueren. Ook als de zorgaanbieder flexibel bouwt (en dus bouw realiseert die voor meerdere patiëntcategorieën geschikt is), ondervangt dat het inkomstenrisico niet. Een grote mate van onzekerheid over de vergoeding kan onderinvestering tot gevolg hebben.

Het uitgangspunt van 'patiëntvolgende bekostiging' levert een risico op voor de financiering van langlopende verplichtingen (De NHC-modellen gaan uit van een levensduur van 40 jaar).

Er is dus een spanningsveld ontstaan tussen doelmatigheidsprikkels (die door de prestatiebekostiging tot stand moeten komen) en zekerheid (die onder de budgettering maximaal was en onder prestatiebekostiging sterk afneemt).

¹¹ Dit is afhankelijk van de manier waarop tarieven worden vastgesteld. Als er sprake is van een vaste, identieke toeslag voor kapitaallasten op iedere ZZP, dan heeft een verandering van de patiëntenmix geen invloed op de omzet dan wel de dekking van de kapitaallasten. Dat geldt ook bij indicatiewijzigingen.

De NZa merkt op dat het NHC-investeringsmodel uitgaat van een min of meer constante productie, dan wel van een zekere groei gedurende de gebruiksduur van het actief. Sterke productietoename is (op korte termijn) gelimiteerd door de beschikbare capaciteit.

De vraag is welke oplossingen denkbaar zijn die enerzijds aansluiting houden met de doelen van prestatiebekostiging met een integraal tarief en die anderzijds de zorgaanbieders (en ook de banken) voldoende zekerheid geven om investeringen te realiseren dan wel te financieren. Het gaat daarbij om reguleringsinstrumentarium waarmee het mogelijk is de juiste mix te bepalen tussen aan de ene kant de beoogde vraaggerichtheid van het stelsel (vergoeding volgt de zorgvrager) en aan de andere kant de mogelijkheid om hogere risico-opslagen te beïnvloeden.

In dit verband zijn er de volgende mogelijkheden:

- In de NHC-berekening ruime onzekerheidsmarges meenemen, bijvoorbeeld door kortere afschrijvingstermijnen en een hogere risico-opslag op de rentevoet. Voordeel van deze optie is dat het prijsniveau ruimte laat om tegenvallers op te vangen; het nadeel zijn uiteraard de meerkosten.
- De differentiatie tussen ZZP's qua kapitaallasten niet te groot maken. Door een ruime groepsafbakening hebben relatief geringe verschuivingen (van de ene ZZP naar de nabijgelegen zwaardere of lichtere variant) geen of slechts beperkt invloed op de kapitaallastenvergoeding. Wel moet er rekening worden gehouden met reële kostenverschillen. Het is immers belangrijk om geen prikkel in te bouwen om zorgvragers aan de poort te selecteren. Mogelijk dat bij erg specifieke populaties zorgvragers tegenover hogere kosten een lagere volumemutatie staat (hoger bezettingspercentage) en dan hoeven kostenverschillen niet te leiden tot een verschil in ZZP-toeslag.
- Bij het onderhoud van zowel de ZZP-prijzen als de NHC moeten de prijzen binnen een bandbreedte blijven die vooraf bekend is. Op die manier is een business case voor investeringen ook eenvoudiger op te stellen.
- Een vast/variabel model. Het is mogelijk om de vergoeding voor de kapitaallasten gedeeltelijk te baseren op de capaciteit en gedeeltelijk op de gerealiseerde productie. Knelpunt daarbij is altijd dat een verdeelsleutel moet worden gevonden voor de vaste kosten. Zolang er sprake is van één regionaal zorgkantoor, vormt dat geen probleem; dat is anders bij een model met meerdere zorgverzekeraars. Qua uitvoering vormt een andere beperking dat de WTZi de capaciteit niet meer centraal regelt. Wanneer de keuze op een vast/variabel model valt, zal hiermee rekening moeten worden gehouden in de opvolger van de WTZi, te weten de Wet cliëntenrechten zorg.
- Productieschommelingen afzwakken. Dat kan bijvoorbeeld door de kapitaallastenvergoeding te baseren op een meerjarig voortschrijdend gemiddelde, zoals in onderstaande tabel is aangegeven. Er is hier uitgegaan van een vijf jaar voortschrijdend gemiddelde.

Jaar	productie	mutatie	%	Voortschrijdend gemiddelde	mutatie	%
2011	100			100,0		
2012	105	5	5%	102,5	2,5	3%
2013	100	-5	-5%	101,7	-0,8	-1%
2014	95	-5	-5%	100,0	-1,7	-2%
2015	100	5	5%	100,0	0,0	0%
2016	95	-5	-5%	99,0	-1,0	-1%
2017	100	5	5%	98,0	-1,0	-1%

Het is duidelijk dat hiermee de productieschommelingen sterk worden beperkt en dit maakt het voor instellingen eenvoudiger om hun investeringen te laten financieren (lager risico). Nadeel van deze methode is dat in een jaar geen sprake meer is van integrale tarieven. De kapitaallastenvergoeding wordt immers op een andere grondslag gebaseerd dan de rest van de ZZP. Er zou dus sprake zijn van het laten berekenen van een afzonderlijke vergoeding. Een ander nadeel is dat een zorgaanbieder met vertraging profiteert van een vergroting van zijn marktaandeel.

Lastig wordt dit als er in het eindmodel sprake is van risicodragende verzekeraars. De vergoeding wordt dan immers niet meer berekend op basis van de afgenomen productie in een bepaald jaar, maar er is sprake van een correctie daarop. Een mogelijke oplossing is om de correcties niet via de verzekeraar te vergoeden/af te romen, maar via een fonds of de Centrale Kas.

5.2 Risico van prijsverschillen

Zoals bekend is de NHC vastgesteld als het bedrag dat – gemeten over de gehele gebruiksduur van een gebouw – nieuwbouw, groot onderhoud en financiering mogelijk maakt op het niveau van de huidige kwaliteitsnormen/functionele eisen voor AWBZ-woonvoorzieningen. Bij de berekening is sprake van een aantal aannames:

- de bezettingsgraad;
- de volumeontwikkeling;
- de rendement/rente;
- de inflatie.

Als op dit moment een instelling gedurende een periode een lagere vergoeding ontvangt, komt zij in principe tekort en kan dus niet meer investeren op het veronderstelde kwaliteitsniveau. Zolang de instelling niet over de vereiste kwaliteit beschikt, krijgt zij ook niet de middelen om de (toekomstige) investering te realiseren.

Het model van kwaliteitsdifferentiatie in de prijzen dat het ministerie van VWS beoogt, leidt er toe dat een zorgaanbieder de middelen niet ontvangt zolang hij geen hogere kwaliteit woonvoorziening levert. Of dat reëel is, is overigens de vraag: oudere gebouwen vergen vaak hogere kosten voor onderhoud en dergelijke. Los daarvan veronderstelt het model van kwaliteitsdifferentiatie dat een zorgaanbieder een hogere vergoeding ontvangt zodra hij heeft geïnvesteerd. Die hogere vergoeding zou dan op het niveau van de/het NHC liggen. Impliciet is daarbij de veronderstelling dat die vergoeding vervolgens niet meer omlaag gaat, anders zouden instellingen vanuit de NHC-benadering immers altijd een probleem hebben met de financiering van hun vastgoed.

Het model van kwaliteitsdifferentiatie biedt echter geen enkele zekerheid dat de vergoeding daadwerkelijk verhoogd wordt, omdat de vergoeding afhankelijk is van de te realiseren bezetting. In het budgetmodel met nacalculatie bestond de zekerheid van een hogere vergoeding wel. Het lijkt er dus bijna op dat hier twee benaderingen door elkaar dreigen te lopen: de budgetfilosofie en de regulering met maximumtarieven per prestatie.

In het algemeen loopt een instelling in een model van prestatiebekostiging met gereguleerde maximumtarieven dan wel bandbreedtetarieven een prijsrisico, namelijk als de zorgverzekeraar zorg onder de maximumprijs of onder het spiltarief contracteert. De mate waarin dat gebeurt zal erg afhangen van de aanwezige concurrentie en van de inkoopmacht van de zorgverzekeraar. Vooralsnog heeft deze geen financiële prikkel om de inkoopprijs te drukken.

Een bijzondere vorm van prijsrisico vormt de werking van de regionale contracteerruimte. Bij overschrijding van de contracteerruimte vindt in principe naar rato een verlaging van de prijs- en volumeafspraken van alle aanbieders binnen een regio plaats. Dit zijn voor individuele aanbieders in het algemeen onvoorzienbare prijsingrepen, die een extra risico met zich meebrengen voor de vastgoedfinanciering.

5.3 Conclusie en aanbevelingen

Overstappen van het budgetmodel met een individuele gegarandeerde kapitaallastenvergoeding naar prestatiebekostiging met normatieve tarieven brengt risico's mee voor de inkomsten van instellingen en uiteraard voor de uitgaven ten laste van de AWBZ. Dat risico is voor een deel beoogd: zonder risico is er geen sprake van een prikkel om kwaliteit en doelmatigheid te verbeteren.

De geschetste risico's hebben ook betrekking op de vergoedingenkant. Aan de kostenkant loopt de zorgaanbieder vanzelfsprekend ook een risico, zoals de recente casussen van een aantal instellingen met financiële problemen in de AWBZ laten zien.

Bij invoering van de nieuwe bekostiging gaat het er om dat instellingen risico kunnen lopen over zaken die zij zelf kunnen beïnvloeden. Met andere woorden: aan de vergoedingszijde moet vooral sprake zijn van reguleringzekerheid en niet van ad hoc-ingrepen in de tarieven.

6. Mogelijkheid opvangen risico's

6.1 Inleiding

Instellingen zullen in het algemeen risico's moeten kunnen opvangen door een reserve (eigen vermogen) of door zekerheid te verkrijgen over hun inkomsten. Het streven naar 'marktconforme doelmatigheidsprikkels' houdt echter per definitie een mate van onzekerheid in. Vooral voor de financiering van het vastgoed geldt echter dat om die financiering rond te krijgen, de verstrekker van vreemd vermogen ook zekerheden verlangt over de mogelijkheden van de aanbieder om de lening (inclusief de rente) terug te betalen.

6.2 Solvabiliteit en boekwaarde problematiek

De meeste instellingen beschikken over een geringe solvabiliteit/weerstandsvermogen (zie de NZa-enquête over de ontwikkeling van vermogens). Onder het systeem van budgettering/nacalculatie was dat voor de financiering geen probleem vanwege de garanties die het budgetsysteem biedt. Onder een model van prestatiebekostiging ligt dat anders.

De vermogens van zorgaanbieders zijn in een aantal gevallen bovendien geflatteerd. Dit komt vooral doordat bij de budgetvergoeding en in de jaarrekeningen lange afschrijvingstermijnen worden gehanteerd. Bij het loslaten van de budgettering zal dat gevolgen hebben voor de instellingen, omdat zij in een aantal gevallen hun activa moeten afwaarderen. Een en ander vereist een zorgvuldige aanpak.

6.2.1 Regels jaarverslaggeving

In 2009 vindt een wijziging plaats in de wet- en regelgeving op het gebied van de jaarverslaggeving. Zorginstellingen zijn niet langer gehouden om voor de jaarrekening de beleidsregels van de NZa ter bepaling van de boekwaarde en de afschrijvingen te hanteren. Dit laat overigens onverlet dat de NZa voor de berekening van de vergoeding (dat wil zeggen het budget of de tarieven) wel van de huidige beleidsregels kan blijven uitgaan. Op langere termijn kunnen de vergoeding en de werkelijke kosten echter niet structureel uit elkaar blijven lopen.

Een bijkomend effect van de wijziging in de regelgeving is dat een instelling onder bepaalde omstandigheden zijn materiële vaste activa moet afwaarderen en wel wanneer de bedrijfswaarde lager ligt dan de boekwaarde. Niet iedere instelling is hiertoe verplicht. De vraag of er sprake is van een bijzondere waardevermindering is afhankelijk van de volgende bedrijfsinterne en bedrijfsexterne¹² factoren:

- duidelijke aanwijzingen dat de reële waarde van een actief verminderd is;
- belangrijke veranderingen met een negatief effect op de rechtspersoon;
- stijging van marktrentes of verandering van rentabiliteitseisen;
- jaarlijkse exploitatieverliezen;
- interne veranderingen.

¹² Zie 'handleiding zorginstellingen 2009', uitgebracht in opdracht van het ministerie van VWS in samenwerking met de werkgroep RJ-gezondheidszorg, januari 2009

Wanneer er sprake is van indicaties zoals hierboven genoemd zijn, dan moet een instelling een zogeheten impairmenttest doen; bij zo'n test wordt de boekwaarde vergeleken met de bedrijfswaarde. Vaststelling van de bedrijfswaarde vindt plaats aan de hand van de contante waarde van de vrije kasstroom (ebit+afschrijvingen-/- investeringen+ mutatie werkkapitaal). Als de bedrijfswaarde lager ligt dan de boekwaarde, is een bijzondere waardevermindering noodzakelijk.

In 2008 is hierover al discussie ontstaan, vooral over het afwaarderen van de immateriële vaste activa. Daar is geen generieke compensatie in de budgetten voor toegekend. De overgangsregeling kapitaallastenvergoeding voor de ziekenhuizen kent wel een compensatieregeling.

6.2.2 Gevolgen voor de overgang naar prestatiebekostiging met integrale tarieven

Als er sprake is van een bijzondere waardevermindering, gaat die ten laste van het vermogen van de instellingen. Niet alle instellingen zullen over voldoende buffers beschikken. Dit kan gevolgen hebben voor een beroep op steunverlening. De overgangsregeling bij de ziekenhuizen voorziet in een gedeeltelijke garantie op de kapitaallastendeckking, maar ondervangt de effecten van afwaardering niet volledig. Het is van groot belang dat het ministerie van VWS zich ten aanzien van steunverlening heroriënteert, waarbij het normen ontwikkelt voor het vaststellen van de situaties waarin steunverlening aan de orde kan zijn; dit zijn situaties waarin sprake is van een bedreiging van de toegankelijkheid en/of de continuïteit van zorg. De NZa zal vóór de zomer 2009 een specifiek advies over steunverlening uitbrengen.

De berekening van de bedrijfswaarde is resultaatafhankelijk. De volledige invoering van de ZZP-bekostiging beslaat drie jaar. In 2009, 2010 en 2011 is nog sprake van een herallocatie; in 2012 is dat niet meer het geval.

Dalingen in omzet hebben een dubbel effect: er is sprake van een dalend resultaat, maar er treedt bovendien een tweede-orde-effect op wanneer die daling zich voortzet en het noodzakelijk is om een bijzondere waardevermindering toe te passen.

Macro gezien is niet te verwachten dat de totale omzet van instellingen daalt. Bij instellingen afzonderlijk kan zich dat echter wel voordoen; bovendien kan een potentieel knelpunt ontstaan bij de kapitaallasten die niet meer door een overgangsregeling of andere garantie worden gedekt.

Een effect kan zijn dat de resultaten van de instellingen en de solvabiliteit die zij in de jaarrekeningen presenteren, gaan afwijken van de huidige situatie.

Er is geen generieke regeling voorzien voor de compensatie van bijzondere waardevermindering. Dit kan gevolgen hebben voor de solvabiliteit van instellingen.

Een mogelijke oplossing voor de problemen die is het geheel of gedeeltelijk compenseren van de afwaardering door in 2009 en 2010 versnelde afschrijvingen in het budget op te nemen. Op die manier is het mogelijk om toekomstige lasten te verminderen en wordt verdere achteruitgang in de vermogensposities voorkomen. Dit leidt, bij gelijke omzet, niet tot een hoger weerstandsvermogen (vermogen/omzet), maar wel tot gezondere balansverhoudingen. Er zijn uiteraard verschillen in

positie tussen de instellingen; die worden hiermee niet glad gestreken en het is ook de vraag of dat terecht zou zijn. Instellingen die onder het bestaande systeem doelmatig hebben gewerkt en een redelijke balanspositie hebben weten te krijgen, moeten daarvoor immers niet gestraft worden; omgekeerd moeten slechter presterende zorgaanbieders niet per definitie aanvullende subsidie ontvangen.

Een algemene verbetering van de solvabiliteit betekent een vergroting van de vermogens van instellingen. Dat is mogelijk door resultaten te reserveren, door (risicodragend) eigen vermogen aan te trekken of door middel van vermogensinjecties door de overheid. Risicodragend eigen vermogen is geen optie zolang er een verbod op winstuitkering blijft. Er zijn nog andere mogelijkheden zoals het verstrekken achtergestelde leningen en andere organisatievormen (voorbeeld coöperaties). In het rapport 'Zorgvuldige aanpak, gezonde markt' (uit 2003) heeft het ministerie van VWS de optie van een solvabiliteitspakket beschreven. In die beschrijving bestaat het solvabiliteitspakket uit een aantal onderdelen:

- Een saneringsfonds.
- Instellingen die zijn toegelaten tot het saneringsfonds komen wanneer dat nodig is in aanmerking voor een kapitaalinjectie uit dat saneringsfonds. De omvang van de injectie wordt hierbij gebaseerd (gemaximeerd) op een inschatting van het kapitaallastenprobleem.
- Die vermogensinjectie heeft het karakter van een achtergestelde lening, waarover de instelling rente betaalt.

6.3 Bezettingsgraad

De NHC-benadering gaat uit van een bepaalde bezettingsgraad van de capaciteit. De werkelijke bezettingsgraad kan hoger of lager liggen. Een hogere bezetting (= meer productie) resulteert in overdekking, terwijl een lagere bezettingsgraad een onderdekking van de vaste kosten tot gevolg heeft. Om het risico van onderdekking te vermijden, kan de normatieve bezettingsgraad wat lager worden gekozen. Het is bovendien noodzakelijk om rekening te houden met onder andere frictieeegstand (= leegstand tussen nieuwe en vertrokken of overleden bewoners).

Bij de NHC-bepaling wordt nu gerekend met een gemiddelde bezettingsgraad van 97%. Bij de uitwerking zal de NZa ook de huidige werkelijke cijfers betrekken.

6.4 Risico opslagen in tarief

In paragraaf 2.4 is al de mogelijkheid aan de orde geweest van een risico-opslag op de rentekosten. Daarbij gaat het echter om een opslag die de banken vragen in verband met een gewijzigd risicoprofiel van de instellingen. Een mogelijkheid om risico's voor zorgaanbieders als gevolg van productieschommelingen af te zwakken, is om een opslag/marge in de tarieven mee te nemen. Nadeel hiervan is dat dit kostenverhogend werkt, ook in die gevallen waar sprake is volumegroei. Zie verder ook de passages en tabellen die hierop betrekking hebben in hoofdstuk 5.

6.5 Contracteerplicht

De intramurale AWBZ kent op dit moment een (wederzijdse) contracteerplicht. Zorg in combinatie met verblijf wordt in de praktijk altijd als een naturaverstrekking aangeboden. Het opleggen van een contracteerplicht verhoudt zich niet met selectieve inkoop door een

zorgverzekeraar. Een contracteerplicht biedt de instelling wel zekerheid (zij het dat de contracteerplicht nu ook al niet meer inhoudt dan dat 100% van de capaciteit gecontracteerd moet worden).

Het opleggen of handhaven van een al of niet partiële contracteerplicht kan aanbieders een vorm van zekerheid worden bieden. Het is wel noodzakelijk om die mogelijkheid te beperken tot specifieke functies met een gering aanbod, want anders wegen de voordelen niet tegen het nadeel op.

7. Tussenstappen

7.1 Volledig normatieve vergoeding zonder koppeling aan ZZP's

Het systeem van integrale tarieven vormt één manier om de kapitaallasten normatief te vergoeden. Een tussenstap is om de kapitaallasten normatief weliswaar te vergoeden, maar die vergoeding in plaats van aan de productie te koppelen aan de capaciteit. Gedeeltelijke koppeling aan de capaciteit en gedeeltelijke koppeling aan de productie is uiteraard ook een mogelijkheid. Qua uitvoering vergt dat in het toekomstige model overigens wel regels om de capaciteit vast te stellen.

De bestaande regeling voor kleinschalig wonen kent al een normatieve vergoeding. Een ander voorbeeld is de beleidsregel voor inventaris en natuurlijk de instandhouding/trekkingsrechten. Ook deze beide worden normatief toegekend op basis van de (normatief bepaalde) oppervlakte van een instelling. Op die manier is de ex ante-beoordeling van de bouwkosten en de nacalculatie niet langer nodig.

Een benadering waarbij de vergoeding onafhankelijk is van de productie staat echter haaks op de doelstellingen om integrale tarieven en prestatiebekostiging in te voeren, die nadrukkelijk bedoeld zijn om een prikkel te geven op het gebied van kwaliteit en doelmatigheid, en die moet leiden tot een groter marktaandeel en bijbehorende hogere omzet.

7.2 Overgangsregeling

7.2.1 Overgangsmodel nacalculatie

Een eenvoudig model om de nacalculatie af te schaffen, is om in afnemende mate na te calculeren op het verschil tussen gerealiseerde omzet en (start)budget.

Bij de meeste aanbieders fluctueren de kapitaallasten in het budget in beperkte mate (eigenlijk uitsluitend door afstoting van activa en/of vrijval van afschrijvingen; daarnaast kan de rente fluctueren). Alleen nieuwe investeringen (nieuwbouw en/of renovatie) leiden tot substantiële aanpassingen. Op nieuwe investeringen gaat de NZa in paragraaf 7.2.4 nader in.

Voor geleidelijke afschaffing van de nacalculatie op bestaande activa kan het onderstaande schema worden gehanteerd.

jaar	Nacalculatie%	Budget	ZZP-omzet	Nacalculatie (€)	Budget (t)
2011	75%	100	80	15	95
2012	50%	100	80	10	90
2013	25%	100	80	5	85
2014	0%	100	80	0	80

ZZP-omzet = omzet kapitaallastenopslag ZZP op basis van het maximumtarief. Budget = kapitaallastebudget in 2010.

In het voorbeeld is sprake van een instelling met een kapitaallastbudget van 100 in 2010 (het laatste jaar van de budgettering). In 2011 ontvangt zij een ZZP-omzet van 80; het tekort van 20 wordt voor 75% nagecalculeerd, in 2012 voor 50% enzovoorts. In 2014 draagt de instelling het volledige risico.

In geval van een hogere omzet, ziet de situatie er als volgt uit:

jaar	Nacalculatie%	Budget	ZZP-omzet	Nacalculatie (€)	Budget (t)
2011	75%	100	110	-7,5	102,5
2012	50%	100	110	-5	105
2013	25%	100	110	-2,5	107,5
2014	0%	100	110	0	110

Bij wisselende omzetcijfers is het beeld als volgt:

jaar	Nacalculatie%	Budget	ZZP-omzet	Nacalculatie (€)	Budget (t)
2011	75%	100	80	15	95
2012	50%	100	90	5	95
2013	25%	100	95	1,25	96,25
2014	0%	100	105	0	105

De NZa merkt op dat er geen sprake is van herallocatie. In dat geval zou eenmalig een herallocatiebedrag worden vastgesteld van -20 (zie voorbeeld) dat dan geleidelijk zou afnemen. In het hiervoor genoemde voorbeeld: herallocatie = -/-20. Die herallocatie kan ook in drie jaar worden afgebouwd: 15-10-5. Het budget in 2011 wordt dan 95, in 2012 90 en in 2013 85. In dit specifieke voorbeeld (met constant volume) is er geen verschil met de nacalculatie in het eerste schema.

In het geval van veranderende productie tekent zich een ander beeld af:

Omzet 2011= 80, herallocatie 15, totaal 95

Omzet 2012= 90, herallocatie 10, totaal 100

Omzet 2013=95, herallocatie 5, totaal 100

Hier ontstaat dus een verschil met het model waarin nacalculatie plaatsvindt op de productie ten opzichte van het basisbudget.

Aangezien sprake is van afschaffing van de budgettering, gaat de voorkeur uit naar de methode waarbij in afnemende mate wordt nagecalculeerd op het verschil tussen de vergoeding in het startjaar en de werkelijke omzet. De reden is dat deze beter bij de nieuwe bekostiging aansluit.

De NZa stelt voor om wel te kiezen voor een vast basisbudget¹³, aangezien anders het budget afzonderlijk moet worden vastgesteld (wat hogere administratieve kosten en uitvoeringslasten tot gevolg heeft). Deze methode heeft als nadeel dat zorgaanbieders die volumegroei (hogere ZZP omzet) realiseren, niet (structureel) de volledige opbrengst incasseren. Er wordt immers nagecalculeerd op de opbrengsten. Daar staat echter een grotere mate van zekerheid gedurende de transitiefase tegenover. Nacalculeren ten opzichte van het 'basisbudget' heeft ook voordelen voor de beheersing van de macro-uitgaven.

¹³ Behoudens nieuwbouw of een ingroeitraject naar een hogere normvergoeding.

Een andere mogelijkheid is om de regeling op te zetten als een vangnetsysteem: in dat geval ontvangen alleen de zorgaanbieders die een lagere kapitaallastendekking dan hun basisbudget realiseren een gedeeltelijke compensatie van het verschil en behouden de groeiers hun hogere omzet. Dat heeft voor de groeiers een voordeel; een nadeel is dat het altijd extra geld kost (nadelen worden vergoed en voordelen niet afgeroomd).

7.2.2 Gevolgen voor nieuwe aanbieders

Voor nieuwe aanbieders geldt in principe direct de ZZP-bekostiging met integrale tarieven. Een nadeel voor nieuwe zorgaanbieders is dat zij in tegenstelling tot de zittende aanbieders geen aanspraak maken op de gedeeltelijke omzetgarantie. Daar staat tegenover dat nieuwe aanbieders een direct voordeel kunnen behalen als zij volumegroei realiseren. Of dat op korte termijn een realistisch scenario is, valt overigens te bezien. Dit is een nadeel dat inherent is aan een overgangsregeling. De vraag is in hoeverre dat nadeel zich zal voordoen (zie ook eerder in dit hoofdstuk). Voor zover bekend zijn er nu geen nieuwe aanbieders van intramurale zorg en naar verwachting zal het aantal de komende jaren beperkt blijven. Bovendien is hier geen sprake van nadelen door het nieuwe bekostigingssysteem, zoals mogelijk wel voor zittende zorgaanbieders het geval is (nieuwe aanbieders weten waar zij aan beginnen). Dat mag dus geen argument zijn om de zittende zorgaanbieders (die hun vastgoedkosten op korte termijn slechts in beperkte mate kunnen beïnvloeden) een overgangsregeling te onthouden.

Als er sprake is van twee regimes voor de bekostiging, bestaat de mogelijkheid van strategisch gedrag. Een aanbieder kan namelijk besluiten een nieuwe toelating te vragen en dan te opteren voor volledige ZZP-bekostiging.¹⁴ Dat is nu eenmaal inherent aan het naast elkaar laten bestaan van twee regimes. Wel is het om die reden noodzakelijk om de duur van de transitieperiode op voorhand te beperken.

7.2.3 Nieuwe investeringen (ingebruikneming nieuwbouw)

Nieuwbouw onder WTZi vergunning

Een belangrijk argument om een overgangsregeling in te voeren, is de ingebruikneming van nieuwe investeringen. Het nieuwe sturingsmodel gaat ervan uit dat zorgaanbieders in de toekomst hun investeringen baseren op de verwachte omzet. Bij de lopende bouwprocedures (onder het bouwregime) is daar geen sprake van. Aanbieders kunnen veelal de bouwkosten hiervan niet meer beïnvloeden. Daarnaast gaf de vergunning onder de WTZi aanbieders het gerechtvaardigde vertrouwen dat zij de kosten volledig vergoed zouden krijgen. Die garantie moet ook geleidelijk worden afgeschaft (bestuurlijke zorgvuldigheid).

Voor nieuwbouw onder vergunning stelt de NZa voor om de overgangsregeling toe te passen vanaf het moment waarop een zorgaanbieder de nieuwbouw in gebruik neemt. Voor een instelling die in 2012 nieuwbouw betreft, ziet dat er als volgt uit:

¹⁴ Zolang het zorgkantoor over de uitgaven geen risico loopt, is er langs die weg ook geen prikkel om een dergelijke beweging tegen te gaan.

Jaar	Nacalculatie %	Budget	ZZP-omzet	Nacalculatie (€)	Budget (t)
2011	75%	100	80	15	95
2012	75%	150	90	45	135
2013	50%	150	100	25	125
2014	25%	150	105	11,25	116,25
2015	0%	150	105	0	105

Wat opvalt is dat de overgangsregeling in deze situatie langer doorloopt dan 2014. Gezien de vergunning is dat gerechtvaardigd. Of er veel instellingen zijn die nog onder de WTZi-vergunning pas in 2012 of later nieuwbouw in gebruik nemen, is niet bekend. Mogelijk kan TNO Centrum Zorg en Bouw hier een uitspraak over doen. Het aantal instellingen dat in 2007/2008 nog aanvragen voor een vergunning heeft ingediend, bedraagt ruim 800. Met ingang van 2009 worden in ieder geval geen vergunningen meer afgegeven, met andere woorden het gaat om een teruglopend aantal.¹⁵

Overige nieuwbouw (zonder vergunning)

De beleidsregels van de NZa hebben nieuwbouw voor 2009 en 2010 materieel gelijkgesteld aan vergunningsplichtige bouw door ook op nieuwbouw waarvoor geen vergunning meer wordt afgegeven, nacalculatie toe te passen. Daarbij zijn geen nadere beperkingen opgelegd. De kapitaallasten die op grond van de beleidsregels NZa in de budgetten zijn opgenomen, vallen hoe dan ook onder de algemene overgangsregeling.

De vraag is wat te doen met een instelling die nu een bouwtraject start en in 2012 nieuwbouw in gebruik neemt. Het verschil met de vorige situatie is dat er geen sprake meer is van een vergunning. Er zijn verschillende mogelijkheden:

- gelijkstellen aan een WTZi-bouw (zie schema hierboven);
- idem, alleen wordt de duur beperkt tot 2014 (zie onderstaand voorbeeld a);
- toepassen van het nacalculatiepercentage dat aan de orde is voor het jaar waarin de nieuwbouw in gebruik wordt genomen (voor 2012 dus 50%) (zie voorbeeld b).

Voorbeeld a

Jaar	Nacalculatie %	Budget	ZZP-omzet	Nacalculatie (€)	Budget (t)
2011	75%	100	80	15	95
2012	75%	150	90	45	135
2013	50%	150	100	25	125
2014	0%	150	105	0	105

¹⁵ Het is mogelijk dat het Bouwcollege tot het moment waarop het bouwregime van de WTZi daadwerkelijk bij Koninklijk Besluit buiten werking is gesteld, op 31 maart 2009, nog liggende aanvragen heeft gehonoreerd.

Voorbeeld b

Jaar	Nacalculatie %	budget	ZZP-omzet	Nacalculatie (€)	Budget (t)
2011	75%	100	80	15	95
2012	50%	150	90	30	120
2013	25%	150	100	12,5	112,5
2014	0%	150	105	0	105

Wat opvalt is dat in voorbeeld b eveneens sprake is van beperking van de duur van de overgangsregeling doordat met een vast schema wordt gewerkt. De nadelen voor de zorgaanbieder zijn evident: de mate waarin hij risico loopt over de bouwkosten is hoger, dan wel het risico neemt sneller toe. Vooral nu de NZa in 2009 en 2010 nieuwe bouwinitiatieven materieel gelijk heeft gesteld aan WTZi-bouw, lijkt een kariger behandeling in de overgangsregeling (juridisch) kwetsbaar. Dit is te meer het geval omdat zorgaanbieders die op dit moment een bouwinitiatief starten, geen beeld hebben van de toekomstige bekostiging. Het lijkt redelijk om te veronderstellen dat aanbieders enigermate omvangrijke investeringen die zij op dit moment op stapel zetten, pas in 2011 in gebruik nemen. Het is dus zaak om snel duidelijkheid te bieden en ook hier de mate van risico geleidelijk te verhogen. Dat pleit voor hetzelfde model als voor de WTZi-bouw.

Tegen de nacalculatie valt in te brengen dat het bewust beleid is om zorgaanbieders over hun investeringen risico te laten lopen. Met die dreiging als stok achter de deur is voor 2009 en 2010 nacalculatie zonder inhoudelijke/financiële toets ingevoerd. Die prikkel tot doelmatig bouwen wordt ondergraven als de overgangsregeling gedurende lange tijd nog een groot deel van de kosten garandeert. Het gaat dus om het evenwicht tussen enerzijds zekerheid (om geen bouwstop uit te lokken) en anderzijds het behoud van voldoende prikkels in lijn met de nieuwe bekostigingsfilosofie.

Eén en ander kan vorm krijgen door de volgende cesuur te leggen.

- Zorgaanbieders krijgen alle bouwinitiatieven die zij nog onder de WTZi-vergunning uitvoeren, gehonoreerd¹⁶ in 2009 en 2010 (volledige nacalculatie).
- Alle bouwinitiatieven onder WTZi-vergunning vallen onder de overgangsregeling (ongeacht het jaar van ingebruikneming van het gebouw). Het is overigens te verwachten dat de meeste bouwprojecten waarvoor nog een vergunning is afgegeven, vóór 2014 worden opgeleverd.
- Initiatieven zonder vergunning (2009 en later) worden bij ingebruikneming in 2009 en 2010 volledig nagecalculeerd.
- Bij ingebruikneming na 2010, maar vóór 2014 is de overgangsregeling van kracht.
- Bij ingebruikneming vanaf 2014 geldt de overgangsregeling niet langer. Dat levert een periode van vier jaar op waarbinnen instellingen hun bouw onder de overgangsregeling gedeeltelijk gegarandeerd vergoed krijgen.

¹⁶ Hierbij moet nog wel de vraag beantwoord worden wat te doen met overschrijdingen van het vergunningbedrag wanneer geen eindafrekening meer plaatsvindt.

Schematisch¹⁷:

Jaar van ingebruikname	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
WTZi-vergunning	Nacalculatie (100%)	Nacalculatie (100%)	Overgangsregeling 75-50-25% vanaf ingebruikname	Overgangsregeling 75-50-25% vanaf ingebruikname	Overgangsregeling 75-50-25% vanaf ingebruikname	Overgangsregeling 75-50-25% vanaf ingebruikname	Overgangsregeling 75-50-25% vanaf ingebruikname
Zonder WTZi-vergunning	Nacalculatie (100%)	Nacalculatie (100%)	Overgangsregeling 75-50-25% vanaf ingebruikname	Overgangsregeling 75-50-25% vanaf ingebruikname	Overgangsregeling 75-50-25% vanaf ingebruikname	Geen overgangsregeling	Geen overgangsregeling

In een aantal gevallen is sprake van nauwe betrokkenheid van het ministerie van VWS bij investeringen die gericht zijn op kwaliteitsverbetering. In die gevallen wordt voor de betrokken instellingen de verwachting gewekt dat de desbetreffende investeringen met goedkeuring van de overheid zijn gedaan en dus ook onder één of andere vorm van garantie voor de bekostiging vallen. Het ligt voor de hand om die investeringen vóór de toepassing van de overgangsregeling, gelijk te stellen aan investeringen met een WTZi-vergunning.

7.2.4 Trekkingsrechten

De trekkingsrechten worden in de budgetten in 2009 en 2010 verder opgebouwd, met uitzondering van capaciteit die na 1 januari 2009 is toegelaten. Er is eigenlijk geen sprake van een verschil met andere bouw in de manier waarop de kosten in het budget worden opgenomen, dus is het mogelijk om de overgangsregeling zoals die hiervoor beschreven is toe te passen. Daarbij ligt het naar het inzicht van de NZa voor de hand om de trekkingsrechten gelijk te stellen aan wat hierboven is aangeduid als 'bouw met WTZi-vergunning'¹⁸. Dat doet immers het meeste recht aan de verwachtingen die bij instellingen zijn gewekt.

7.2.5 Hardheidsclausule

Als algemene hardheidsclausule kan de tekst van de regeling voor de ziekenhuizen dienen:

"De NZa kan van hetgeen hiervoor in deze beleidsregel (de beleidsregel 'overgangsregeling') is bepaald ten gunste van een instelling voor medisch specialistische zorg afwijken als de onverkorte toepassing daarvan voor een instelling gevolgen zou hebben die wegens bijzondere – niet in de beleidsregel voorziene – omstandigheden onevenredig zijn in verhouding tot de met de beleidsregel te dienen doelen. Dergelijke onevenredige gevolgen kunnen in het bijzonder worden aangenomen als blijkt dat, ondanks de toepassing van het hiervoor bepaalde, de continuïteit van de zorg in gevaar komt als gevolg van het risicodragend worden van de kapitaallasten. Afwijking van het geen hiervoor in deze beleidsregel is bepaald geschiedt op individuele aanvraag van zorgaanbieder en/of zorgverzekeraar. In een eventuele aanvraag moeten

¹⁷ In het schema is aangenomen dat de bouw waarvoor nog een vergunning is afgegeven, in 2015 is afgerond; in die gevallen waar sprake is van een langere doorlooptijd, zou alsnog een overgangsregeling moeten worden toegepast. Het is een beleidsmatige keuze hoelang de periode van de overgangsregeling voor de nieuwe initiatieven (zonder vergunning) is. Hier is vooralsnog uitgegaan van drie jaar.

¹⁸ Voor bouw ten laste van de trekkingsrechten is geen vergunning vereist.

de omstandigheden worden aangevoerd en gedocumenteerd die volgens de aanvrager(s) tot afwijking van de beleidsregel zouden moeten leiden.”

Een hardheidsclausule is bij beleidsregels eigenlijk altijd van toepassing. Een concrete invulling van een hardheidsclausule met criteria en maatregelen vormt in wezen een aanvulling op een beleidsregel of regeling. De NZa gaat daarom hier niet verder in op situaties waarin sprake zou kunnen zijn van toepassing van een hardheidsclausule.

7.3 Dubbel bekostigingsregime AWBZ-kapitaallasten

Een andere optie voor een overgangsregeling is om nog geruime tijd door te gaan met een dubbel bekostigingsregime. Daarbij wordt voor de gebouwen die vóór een bepaalde datum zijn gerealiseerd, het systeem van budgettering/nacalculatie voortgezet en ontvangen instellingen/zorgaanbieders voor nieuwe gebouwen (die na die bepaalde datum zijn gerealiseerd) een vergoeding op basis van de integrale tarieven. Bij deze optie zijn een aantal kanttekeningen te plaatsen, die de NZa hieronder uitwerkt.

Jaar van cesuur

Als datum voor de cesuur valt te denken aan 1 januari 2009 of 1 januari 2011. 2009 is het jaar waarin het bouwregime van de WTZi buiten werking wordt gesteld. Wat vanuit een oogpunt van vergoeding echter ook relevant is, is dat in 2009 ook op nieuwe investeringen zonder vergunning nacalculatie en budgettering worden toegepast. Dat wil zeggen dat voor deze categorie nieuwe investeringen bij zorgaanbieders het vertrouwen is gewekt dat zij een budget krijgen toegekend. Om die reden zal hier een overgangsregeling moeten gelden. Een cesuur per 1 januari 2011 is wellicht dan ook praktischer. Dit is zeker het geval omdat de uiteindelijke omvang aan nieuwbouw zonder vergunning in 2009/2010 waarschijnlijk beperkt zal zijn (gelet op de lange doorlooptijd die bouwplannen veelal hebben).

Afbakening

Als er nacalculatie plaatsvindt voor pre-2009- ofwel pre-2011-gebouwen door middel van een budgetmodel, dan is het noodzakelijk om een nieuw criterium in de regelgeving op te nemen. Nacalculatie vindt nu immers plaats op instellingsniveau of stichtingsniveau. In deze variant zal moeten vastliggen voor welke gebouwen wel en voor welke gebouwen geen nacalculatie aan de orde is. Daarbij zullen zich verschillende arbitraire kwesties voordoen. Een voorbeeld is de vraag hoe een gebouw uit 1995 moet worden gekwalificeerd dat een zorgaanbieder in 2010 renoveert. Een zelfde probleem doet zich voor bij investeringen waarvoor een WTZi-vergunning is afgegeven en waarbij zorgaanbieders de gebouwen in 2010 of 2011 in gebruik nemen.

Uitvoering (financieel)

Aangezien nieuwe investeringen gedekt moeten worden uit integrale tarieven, is het noodzakelijk om de kapitaallastenvergoeding in het tarief vast te stellen op het structureel juiste niveau. Vervolgens declareren instellingen die tarieven (als landelijk maximumtarief), dus ook de zorgaanbieders met gebouwen van vóór 2009 dan wel 2011. Dat leidt tot dubbele vergoeding en dat kan natuurlijk niet de bedoeling zijn. Er zijn een aantal mogelijkheden om die dubbele vergoeding tegen te gaan:

- Verrekening van de gedeclareerde opbrengsten met het budget. Dat kan, maar daarbij doet zich wel een toerekeningsprobleem voor. Het is dan noodzakelijk om op instellingsniveau de productie (geleverde ZZP's) te koppelen aan een gebouw/locatie. Niet alle productie dient

- immers om het budget te dekken, bijvoorbeeld wanneer een instelling een nieuw gebouw neerzet voor één van haar afdelingen.
- Werken met verschillende tarieven: inclusief kapitaallasten voor ZZP's in een gebouw van post-2009 en ZZP's zonder kapitaallasten in een gebouw van pre-2009. Dit vereist een koppeling van de locatie aan de patiënt. Deze optie leidt bovendien tot schadelastverschillen bij verzekeraars en bemoeilijkt dus de invoering van risico voor zorgverzekeraars.

Het dubbele systeem zal lang in stand moeten blijven, tenzij een eerder moment van overstap wordt gecreëerd.

Het dubbele systeem kan strategisch gedrag uitlokken. Bij kapitaallasten boven het gemiddelde is het voor zorgaanbieders voordelig om oude gebouwen vol te leggen, maar in andere gevallen is het denkbaar dat zij juist de bezetting oud laten dalen (omdat zij de kosten toch wel vergoed krijgen) en de bezetting in nieuwere gebouwen opvoeren (die leveren dan immers meer op).

Duidelijk is dat een overgangsregeling met een dubbel bekostigingsregime nogal wat uitvoeringsproblemen kent.

Bijlage 1.

Budgetcomponent	In NHC	In huidige ZZZP-prijs	Opmerkingen	Discussiepunten
Rente over				
Werkkapitaal (negatief % omzet)	Nee	Nee	Bevoorschotting zal wijzigen, vergoeding opnemen in ZZZP-tarief.	Omvang werkkapitaal, hoogte vergoeding
Boekwaarde inventaris	Nee	Nee	Huidige vergoeding normatief, moet nog in ZZZP-tarief worden opgenomen.	
Boekwaarde grond	Nee	Nee		Wel of geen differentiatie naar regio
Boekwaarde gebouwen / installaties	Ja	Nee		– Hoogte rente – Rentefluctuaties
Onderhanden bouwprojecten (bouwrente)	Nee	Nee	Moet in vergoeding kapitaallasten worden opgenomen.	Generiek of individueel vergoeden
Eigen vermogen	Nee	Nee	Rentenormering kent inflatievergoeding eigen vermogen toe.	Hoogte vergoeding, wel of niet in tarief
Afschrijvingen				
Terreinvoorzieningen	Nee	Nee	Nader te bezien	Wel of geen rekening houden met lokale eisen.
Gebouwen en installaties (inclusief instandhouding)	Ja	Nee		– Aannames NHC-model: – Afschrijving 40 jaar – Reële rente 64% – Inflatie 2,5% – Best practice – Differentiatie naar kwaliteit
Interimvoorzieningen	Nee	Nee	Moet nog in vergoeding kapitaallasten worden opgenomen.	– Geen vergoeding – Individueel – Generiek
Inventaris	Nee	Nee	Moet nog in ZZZP-tarief worden opgenomen.	
Huur en erfpacht	Ja/Nee	Nee	Huur is equivalent van afschrijvingen/rente en moet uit tarief worden gedekt. Erfpacht vervangt aanschaf/financiering grond.	
Doorberekende kapitaallasten (ontvangen verhuuropbrengsten)	Nee	Nee	Worden nu met budget verrekend, in integrale tarieven niet.	
Overige gebouw-gerelateerde kosten				
Energie, heffingen, belastingen, verzekeringen		Ja	Worden al normatief bepaald (bedrag per m2)	
Onderhoud (loon/materieel)		Ja	Worden al normatief bepaald (bedrag per m2)	