

Vergaderjaar 2009–2010

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

Nr. 109

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 19 januari 2010

Ontvangen ter Griffie van de Tweede Kamer op 20 januari 2010 ingevolge artikel 7 en artikel 8 van de Wet marktordening Gezondheidszorg.

De voordracht voor de vaststelling van het besluit kan niet eerder worden gedaan dan op 20 februari 2010.

Deze brief is een vervolg op de brieven Waardering voor Betere Zorg I, II en III (respectievelijk TK, 2006–2007, 29 248, nr. 37, TK, 2007–2008, 29 248, nr. 47 en TK, 2008–2009, 29 248, nr. 74), waarin het kabinet zijn visie heeft gepresenteerd op de modernisering van de ziekenhuisbekostiging.

Modernisering van de ziekenhuisbekostiging is noodzakelijk om ziekenhuizen voldoende uit te dagen, te stimuleren en de ruimte te geven om goede zorg te (blijven) leveren. Dat wil zeggen: zorg die van hoge kwaliteit is, zowel qua diagnose en behandeling als qua aandacht voor patiënttevredenheid en patiëntveiligheid. Dit zijn zaken die niet alleen nu maar ook voor de toekomst gewaarborgd moeten worden.

Dit vraagt des te meer aandacht nu als gevolg van de vergrijzing niet alleen de zorgvraag fors zal stijgen, maar tegelijkertijd het aantal beschikbare zorgmedewerkers een groot maatschappelijk vraagstuk wordt. Immers, vanaf de periode tussen 2015 en 2020 zal de beroepsbevolking – als gevolg van diezelfde vergrijzing¹ – in omvang gaan krimpen. In maart zullen de staatssecretaris van VWS en ik de kabinetsreactie op het langetermijnarbeidsmarktadvies van het Zorginnovatieplatform naar de Tweede Kamer sturen, waarin dit spanningsveld wordt geschetst. Het advies schetst voor de zorg, bij ongewijzigd beleid, een dreigend tekort van ongeveer 450 000 werknemers in 2025, circa 40% van het huidige aantal werknemers in de zorg². Het is ondenkbaar om binnen 15 jaar – binnen een context van vergrijzing – het zorgaandeel op de arbeidsmarkt met een dergelijk percentage te vergroten. Maar het is evenzeer ondenkbaar dat voor een groot deel van de patiënten straks niet tijdig genoeg goede zorg beschikbaar zal zijn. Dat legt de bijl aan de wortels van de solidariteit waarop ons zorgstelsel is gebaseerd.

Deze maatschappelijke opgave, die zowel voor de curatieve zorg als voor de langdurige zorg geldt, zullen we op verschillende manieren tegemoet

¹ CPB (2009), «Arbeidsaanbod en gewerkte uren tot 2025. Een beleidsneutraal scenario».

² Zorginnovatieplatform (2009), «Zorg voor mensen, mensen voor de zorg».

moeten treden. Uiteraard zullen we er ten eerste alles aan moeten doen om het werken in de gezondheidszorgsector aantrekkelijk te houden. Daarnaast zullen we het maximale moeten doen om de groei van de ziektelast, die nu eenmaal onlosmakelijk samenhangt met de vergrijzing, te beperken. Dat kan bijvoorbeeld door meer aandacht te besteden aan preventie en vroegdiagnostiek en door overen onderbehandeling zo veel mogelijk te voorkomen. Dat kan ook door de samenhang en de samenwerking in de zorg rond een patiënt te verbeteren; de verbetering van de organisatie van de integrale eerstelijnszorg voor chronisch zieken en de bekostiging daarvan zijn daarop gericht. Vaak geldt daarbij dat kwalitatief betere zorg hand in hand gaat met vermindering van de ziektelast. Ten derde zullen we er ook alles aan moeten doen om de arbeidsproductiviteit in de zorg te verbeteren. Niet door de professionals harder te laten werken, want zij zijn al zwaar belast, maar wel door de organisaties beter te besturen en de logistieke processen te verbeteren. De veranderingen op het gebied van de governance in de zorg¹, waaronder de verdere professionalisering van de bestuurders en toezichthouders, dragen daar in belangrijke mate aan bij.

Als we de arbeidsproductiviteit in de zorg willen verbeteren stelt dat ook eisen aan de manier waarop de bekostiging van de zorg is geregeld. Ziekenhuizen kunnen zelf het beste beoordelen hoe zij hun zorginhoudelijke en logistieke processen kunnen aanpassen om de zorg kwalitatief gezien op een hoger plan te tillen en de zorg met meer doelmatigheid te verlenen. Het bekostigingssysteem moet zo zijn ingericht dat ziekenhuisprofessionals de ruimte krijgen die zij nodig hebben om hier uitvoering aan te geven en beloond worden voor hun inspanningen op dit punt. Via de overstap naar prestatiebekostiging kan dit worden bereikt.

Een systeem van prestatiebekostiging biedt zorgverzekeraars en zorgaanbieders de stimulansen en mogelijkheden om afspraken te maken over het toepassen van meer doelmatige werkwijzen en het verbeteren van kwaliteit. Een essentiële randvoorwaarde daarbij is dat zorgaanbieders de prestaties die zij leveren transparant maken en zich daarover verantwoordelijk maken richting zorgverzekeraars en cliënten. Niet alleen over zaken als patiënttevredenheid, maar ook over de mate waarin de zorg conform de daarvoor geldende standaarden en richtlijnen wordt geleverd en – daarmee samenhangend – de mate waarin over- en onderbehandeling worden voorkomen. Prestatiebekostiging *bevordert* ook het inzicht in kosten en uitkomsten. Met een bekostiging die prestaties beloont wordt bereikt dat zorgaanbieders elkaar uitdagen op het aspect van de prijs, in relatie tot de kwaliteit van de zorg.

Eerder heb ik de Tweede Kamer al gemeld, dat ik per 2011 de overstap van budget- naar prestatiebekostiging wil maken². Deze brief gaat in op de vraag hoe de overgang naar prestatiebekostiging zal worden vormgegeven. Een belangrijke voorwaarde voor deze overstap is dat de prestaties die bekostigd worden goed en op een medisch herkenbare manier gedefinieerd zijn. Met de huidige structuur met circa 30 000 Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) wordt niet aan die voorwaarde voldaan. De huidige DBC's zijn bijvoorbeeld te zeer vanuit de verschillende specialismen opgezet en niet vanuit de patiënt met zijn of haar aandoening. Gelijktijdige invoering van de nieuwe productstructuur (DOT) met circa 3000 DBC-zorgproducten is dan ook een voorwaarde om de overstap van budget- naar prestatiebekostiging te kunnen maken.

Voor een goede werking van deze betere productstructuur is het nodig dat behandelingen die bij vergelijkbare aandoeningen horen onder hetzelfde tariefregime vallen. Als dat niet het geval is ontstaat een prikkel voor oneigenlijk strategisch gedrag. Dat wil zeggen dat DBC-zorgproducten die

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 32 012, nr. 1.

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 29 248, nr. 74.

bij vergelijkbare aandoeningen horen òf allemaal onder het deel van de zorg moeten vallen dat aan gereguleerde prijzen is gebonden òf allemaal onder dat deel moeten vallen dat vrije prijsvorming kent. Als er daarnaast als tweede uitgangspunt wordt gehanteerd dat onder de nieuwe productstructuur zo veel mogelijk vrij moet blijven wat hiervoor ook al onder het segment met vrije prijzen viel, is een uitbreiding van circa 34% naar circa 50% vrije prijsvorming volgens de NZa – gelet op het eerstgenoemde uitgangspunt – beter dan het handhaven van de status quo.

In het Coalitieakkoord is over uitbreiding van de vrije prijsvorming het volgende afgesproken:

«Verdere stappen met vrije prijsvorming in de planbare zorg zijn alleen mogelijk na zorgvuldige evaluatie van voorafgaande stappen op basis van kwaliteit en toegankelijkheid. De onafhankelijke Zorgautoriteit kan bij de beoordeling hiervan een belangrijke rol spelen»¹.

In februari zal de NZa een rapportage uitbrengen waarin behalve op kwaliteit en toegankelijkheid ook op de prijsontwikkeling en voor zover beschikbaar op de volumeontwikkeling wordt ingegaan. Gelet op de motie Van der Veen c.s. van 11 november jl.² zal het definitieve besluit over de uitbreiding van de vrije prijsvorming genomen worden na overleg met de Tweede Kamer op basis van deze nieuwe rapportage van de NZa.

Zowel bij de overstap van budget- naar prestatiebekostiging als bij de uitbreiding van het segment van de zorg waar vrije prijsvorming van toepassing is (het B-segment), behoort naar de mening van het kabinet extra zorgvuldigheid. Zowel om de individuele ziekenhuizen tegen al te grote schommelingen te beschermen, alsook om macrobudgettaire risico's te kunnen beheersen. De NZa is op 9 maart 2009 dan ook verzocht om een uitvoeringstoets, waarin een overgangsregime voor de ziekenhuisbekostiging voor het jaar 2011 en daarna wordt uitgewerkt. Ook is de NZa gevraagd te adviseren over de wenselijkheid van het uitbreiden van het B-segment per 2011. De NZa heeft beide adviezen eind oktober uitgebracht. Op 3 november jl. heb ik beide adviezen naar de Tweede Kamer gestuurd³. Deze brief is tevens een reactie op beide adviezen.

Niet alleen nu – vanwege de toestand van de rijksfinanciën – maar in het algemeen geldt dat het kabinet geen avontuur wil aangaan rond de uitgaven in de gezondheidszorg. Hoewel van de maatregelen die in deze brief worden genoemd positieve effecten worden verwacht, zeker gelet op het feit dat flankerend aan de prestatiebekostiging (aanvullende) kwaliteitsverhogende en volumebeheersende prikkels zullen worden geïntroduceerd, wil het kabinet zeker gesteld zien dat de uitgaven structureel binnen de daartoe geldende kaders blijven. Daarom zal in de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) wettelijk worden verankerd dat onverhoopte overschrijdingen van de relevante macrobudgettaire kaders, onder een systeem van prestatiebekostiging kunnen worden omgeslagen over de omzetten (over A- en B-segment) van zorgaanbieders. Dit mechanisme sluit – wat betreft de systematiek waarmee wordt bepaald hoe het op macroniveau te korten bedrag over zorgaanbieders wordt verdeeld en daarmee wat betreft prikkelwerking – aan bij het mechanisme dat nu reeds bestaat om budgetkortingen te kunnen boeken in het A-segment. Macrobudgettaire overschrijdingen zullen dus ook onder een systematiek van prestatiebekostiging structureel kunnen worden geredresseerd.

Los van het voorgaande zal de overstap van budget- naar prestatiebekostiging op basis van DOT per 2011 omzetschommelingen voor de individuele instellingen tot gevolg hebben waar zij niet of onvoldoende op hebben kunnen anticiperen. Een zorgvuldige overgang naar de nieuwe

¹ Het gaat hier om «verdere stappen» bovenop de uitbreiding van de vrije prijsvorming van van 10 naar 20%, het besluit waartoe in het Coalitieakkoord werd aangekondigd.

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2009–2010, 32 123 XVI, nr. 61.

³ Tweede Kamer, vergaderjaar 2009–2010, 29 248, nr. 105.

systematiek brengt daarom met zich mee dat gedurende minimaal 1 jaar de inkomsten van ziekenhuizen (exclusief de middelen voor de vrijgevestigde medisch specialisten) nog tot een bepaalde hoogte zullen worden gegarandeerd. Daar hoort dan wel als keerzijde bij dat de vergoeding voor eventuele meeromzet gemaximeerd wordt. Deze door de NZa geadviseerde methodiek is tijdelijk en zal vanwege het mogelijk negatieve effect op de arbeidsproductiviteit zo kort mogelijk moeten duren. In beginsel wil ik deze periode beperken tot 1 of 2 jaar. Die tijd kan door ziekenhuizen worden benut om zich aan te passen aan de nieuwe omstandigheden. Door de NZa kan deze periode onder andere worden gebruikt om tot een goede tariefstelling voor DBC-zorgproducten te komen in het segment waar maximumtarieven zullen gaan gelden (zie de paragrafen 2.2 en 3.4). De marktpartijen kunnen deze tijd benutten om de flankerende maatregelen te ontwikkelen ter beperking van onnodige volumegroei en voor het verder inzichtelijk maken van de relatie tussen prijs en kwaliteit. Het door de NZa voorgestelde overgangsmodel is juridisch getoetst en juridisch houdbaar mits wettelijk verankerd. Deze wettelijke verankering zal plaatsvinden via de al genoemde wijziging van de WMG.

Door de introductie van de genoemde extra macrobudgettaire waarborgen in de WMG, kan de afbouw van het overgangsregime plaatsvinden, zonder in te boeten op macrobudgettaire compensatiemogelijkheden voor de overheid. Door een snelle beëindiging van het overgangsmodel kan de verbeterde prikkelwerking, die met het systeem van prestatiebekostiging wordt beoogd, zo snel en volledig mogelijk van de grond komen. Zolang het overgangsmodel van kracht is zijn de prikkels die van het systeem uitgaan immers nog suboptimaal.

Ik wil hier benadrukken dat ik de introductie van dit nieuwe macrobudgettaire compensatie-instrumentarium zie als een extra veiligheidsmaatregel, maar niet als de primaire weg waarlangs ik de macrobudgettaire beheersbaarheid van de zorguitgaven wil waarborgen. Het maatregelenpakket dat ik in deze brief voorstel bevat sterke stimulansen voor kwaliteits- en doelmatigheidsverbetering en voor volumebeheersing. *Hiervan* verwacht ik de noodzakelijke productiviteits- en kwaliteitswinst en de winst als het gaat om budgettaire beheersbaarheid (zie paragraaf 7.1). Het beschreven nieuwe macrobudgettaire compensatie-instrumentarium creëert echter – zoals gezegd – aanvullend daarop extra macrobudgettaire veiligheid. Als er ondanks de verbeterde systeemprikkels onverhoopt toch overschrijdingen van het ziekenhuiskader optreden, zullen die in beginsel via dit instrumentarium worden gecompenseerd, tenzij hier beredeneerd van kan worden afgeweken (in dat geval zijn ook andere compensatiemaatregelen denkbaar).

Medisch specialisten

Medio 2009 is geconstateerd dat er een forse overschrijding van het macrobudgettaire kader voor de vrijgevestigde medisch specialisten heeft plaatsgevonden over het jaar 2008. Bij de Najaarsnota is een bedrag van 512 miljoen euro genoemd. Inmiddels zijn door mij maatregelen getroffen en aangekondigd om deze overschrijding te redresseren. Daarnaast is relevant dat de in 2005 vastgestelde normtijden niet meer actueel zijn.

Het kabinet wil dat er voor 2011 garanties komen ten aanzien van de beheersbaarheid van de uitgavenontwikkeling bij de medisch specialisten. Het kabinet vindt het daarom van belang om preventieve maatregelen te nemen en de volumedruk die uitgaat van de openeindebekostiging van medisch specialisten te dempen. Dit wil het kabinet doen door de vrijheidsgraden voor de medisch specialisten (meer) in lijn te brengen met de vrijheidsgraden van de ziekenhuizen, zowel voor de overgangssituatie als ook daarna. Uitgangspunt daarbij is wel dat zo veel mogelijk de bestaande

elementen van prestatiebekostiging moeten worden behouden, teneinde productiviteitsverlies tot een minimum te beperken. In dat verband bereidt het kabinet via aanpassing van de WMG nieuw instrumentarium voor waarmee overschrijdingen van het macrobudgettaire kader voor de medisch specialisten – ook binnen een situatie van prestatiebekostiging – structureel kunnen worden aangepakt. Ik kom hier later in deze brief op terug.

Aanpassingen regelgeving

De WMG wordt aangepast om de voorgestelde maatregelen te implementeren. Daartoe zal ik twee wetsvoorstellen voorleggen aan de Raad van State: een voorstel voor de wettelijke verankering van het benodigde instrumentarium voor de ziekenhuissector en een voorstel om het benodigde instrumentarium voor de medisch specialisten en zelfstandige behandelcentra wettelijk te verankeren. Voorwaarde om de stap naar prestatiebekostiging per 2011 te kunnen maken is ten eerste dat er voor 1 oktober 2010 voldoende zekerheid bestaat dat het overgangsmodel voor de prestatiebekostiging daadwerkelijk wettelijk verankerd kan worden en ten tweede dat voor diezelfde datum eveneens voldoende zekerheid bestaat dat onverhoopte overschrijdingen onder een systeem van prestatiebekostiging (bijvoorbeeld als gevolg van het eventuele inlopen van het zogenaamde «zorgdeficit»¹) indien nodig structureel binnen het ziekenhuiskader kunnen worden opgevangen. Daarom acht het kabinet het een noodzakelijke voorwaarde dat de Tweede Kamer deze wetsvoorstellen met het daarin voorgestelde instrumentarium voor 1 oktober 2010 aanvaardt. Doelstelling van de wetsvoorstellen is immers enerzijds het realiseren van de overstap van budget- naar prestatiebekostiging (via een overgangsmodel) en anderzijds het borgen van de macrobudgettaire beheersbaarheid van ziekenhuizen, medisch specialisten en zelfstandige behandelcentra. Indien hieraan niet voor 1 oktober 2010 wordt voldaan, zal het kabinet alsnog besluiten de overstap van budgetnaar prestatiebekostiging geen doorgang te laten vinden. In dat geval zal het bekostigingsregime zoals dat in 2010 geldt, in 2011 worden gecontinueerd. Ook het B-segment wordt dan niet uitgebreid. De NZa zal dit alternatieve systeem daartoe achter de hand houden, mocht het onverhoopt noodzakelijk blijken.

Aanwijzing aan de NZa

In het vervolg van deze brief zal ik de keuzes van het kabinet rond de overgang van budget- naar prestatiebekostiging verder toelichten. Ik ben voornemens om een aanwijzing te geven aan de NZa voor de uitwerking van het in deze brief geschetste bekostigingssysteem in beleidsregels. Met deze brief deel ik u dan ook de zakelijke inhoud van deze aanwijzing mee. De overgang naar prestatiebekostiging is voor alle betrokkenen een ingrijpende maatregel. Het is van belang dat alle betrokkenen ruim van te voren een volledig beeld van de spelregels hebben, zodat iedereen voldoende tijd heeft om zich voor te bereiden. Ik zal de NZa daarom vragen de beleidsregels uiterlijk per 1 juli 2010 vast te stellen. Ik merk in dit verband op dat de ziekenhuizen dringend verleggen zitten om reguleringszekerheid, ook al omdat zij in een meer risicodragende omgeving zijn komen te werken vanwege de vrije prijsvorming, die meer competitie op prijs en kwaliteit met zich meebrengt, en vanwege de veranderingen in het kapitaallastenregime.

Leeswijzer

In het nu volgende zal ik allereerst ingaan op de voortgang die wordt geboekt bij het verbeteren van het DBC-systeem, zoals die momenteel plaatsvindt binnen het project DOT (DBC's op weg naar Transparantie). DBC's vormen immers de drager van de prestatiebekostiging. Vervolgens zal ik in paragraaf 2 ingaan op het eindperspectief voor de bekostiging van de ziekenhuiszorg. Daarna schets ik het overgangsregime voor de bekosti-

¹ Als gevolg van het beperkte budgetonderhoud van de afgelopen jaren bevatten de ziekenhuisbudgetten nu voor sommige behandelingen geen separate kostendekkende vergoedingen, waardoor deze behandelingen terughoudend worden aangeboden. De NZa heeft zorgaanbieders er per brief op gewezen dat zij voor innovaties die nog niet regulier worden bekostigd een bekostiging kunnen krijgen via de beleidsregel «Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties». Als bij een overstap naar prestatiebekostiging deze basisverzekerde zorg evenwel (ten opzichte van de huidige situatie) beter toegankelijk zou worden, zouden hier meerkosten aan verbonden zijn.

ging, dat ik per 2011 van kracht wil laten worden (paragraaf 3). Zowel bij de beschrijving van het eindperspectief, als bij de beschrijving van het overgangsmodel, zal ik separaat aandacht besteden aan de bekostiging van de kapitaallasten en van de medisch specialisten. In de daaropvolgende paragraaf (paragraaf 4) ga ik in op de kabinetsvoornemens ten aanzien van de uitbreiding van het B-segment. De benodigde aanpassingen in weten regelgeving komen in paragraaf 5 aan bod. Vervolgens bespreek ik de gevolgen van de voorstellen in deze brief voor de diverse belanghebbenden: de patiënt, de diverse typen zorgaanbieders, de verzekeraars en de overige stakeholders (paragraaf 6). Ten slotte bespreek ik de impact van de voorstellen in deze brief op de publieke belangen betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid.

1. DBC's op weg naar transparantie (DOT)

Zoals ik al heb opgemerkt, zie ik een verbeterd en vereenvoudigd DBC-systeem als een noodzakelijke voorwaarde voor het definitief afschaffen van de (ook in technisch opzicht gedateerde) budgetsystematiek en het overgaan op volledige prestatiebekostiging. Deze opvatting wordt breed gedeeld in de sector.

De ervaringen die in de afgelopen jaren zijn opgedaan met het huidige DBCsysteem hebben geleid tot een aantal door het veld aangedragen verbeterpunten. Deze zijn verwerkt in het plan «DBC's op weg naar Transparantie (DOT)». In de nieuwe DOT-structuur worden de huidige DBC's, waarvan er momenteel zo'n 30 000 in gebruik zijn, vervangen door circa 3000 DBC-zorgproducten. Deze zijn beter medisch herkenbaar en kosten- en werklathomogeen. Een verbetering in DOT is dat de feitelijke behandeling bepalend is voor de definiëring van het zorgproduct en niet meer het type specialist dat de behandeling uitvoert. De medische herkenbaarheid van de DBC-zorgproducten stimuleert de totstandkoming van meer samenhang en coherentie in het zorgaanbod. Met het veld is overeenstemming bereikt over de invulling van de productstructuur per 2011.

Door de ziekenhuizen zijn voorbereidende stappen gezet voor de invoering van DOT per 2011. De nieuwe «zorgactiviteitentabel», waarmee de nieuwe producten kunnen worden geregistreerd, is afgelopen zomer met succes ingevoerd. Op deze manier kan de productstructuur in de praktijk worden getoetst en kunnen er inschattingen worden gemaakt van de financiële effecten. Ik heb van partijen begrepen dat de voorbereidingen die moeten worden getroffen op schema liggen. Tegelijkertijd realiseer ik mij dat ook dit jaar door een ieder nog hard moet worden verder gewerkt om de omslag naar DOT per 2011 te realiseren.

Op 1 juli 2010 zal, na vaststelling door de NZa, het hele pakket aan het veld worden uitgeleverd, zodat medisch specialisten, zorginstellingen en zorgverzekeraars voldoende tijd hebben om zich voor te bereiden op de invoering van DOT.

2. Het bekostigingsmodel: het eindperspectief

Bij de overstap naar prestatiebekostiging per 2011, wil ik, in lijn met het advies van de NZa, de zorg onderverdelen in drie (prijs)segmenten: een vrij segment, een gereguleerd segment en een vast segment. In het nu volgende zal ik per segment aangeven welk type zorg ik via dat segment wil bekostigen en hoe ik de bekostiging in dat segment in het eindmodel wil vormgeven. Daarbij zal ik separaat ingaan op de bekostiging van de kapitaallasten en de medisch specialisten.

2.1 Het vrije segment

In het vrije segment is – naar analogie van het huidige B-segment – zorg opgenomen die wordt bekostigd op basis van declarabele zorgprestaties (DOT-zorgproducten) met een prijs die vrij onderhandelbaar is tussen zorgaanbieders en verzekeraars. Ook het volume is in dit segment – evenals in het huidige B-segment – onderhandelbaar. Net zoals in het huidige B-segment kunnen verzekeraars in het vrije segment prikkels tot volumebeheersing inbouwen door met zorgaanbieders afspraken te maken over het gebruik van degressieve tarieven (tarieven die lager worden naarmate het geleverde zorgvolume toeneemt).

Op dit moment maken de kapitaallasten al integraal deel uit van de prijzen in het B-segment. Op termijn is het zinvol om ook de honoraria van vrijgevestigd medisch specialisten integraal deel te laten uitmaken van de prijzen in het B-segment en de separate deelregulering die nu op de honoraria van toepassing is, te laten vervallen.

Verderop in deze brief zal ik ingaan op mijn voornemens ten aanzien van de uitbreiding en samenstelling van het B-segment per 2011.

2.2 Het gereguleerde segment

In het gereguleerde segment zal zorg worden opgenomen die bekostigd zal worden op basis van declarabele zorgprestaties (DOT-zorgproducten of zogenaamde add ons) met gemaximeerde, integrale tarieven. Over het volume en over de prijs (onder het maximum) kan worden onderhandeld. Net als in het vrije segment, kunnen verzekeraars en zorgaanbieders ook in het gereguleerde segment gebruik maken van degressieve tarieven.

De zorg die via het gereguleerde segment zal worden bekostigd, betreft in de eerste plaats declarabele zorgprestaties die niet geschikt zijn voor vrije prijsvorming, bijvoorbeeld omdat in het betreffende deel van de zorg sprake is van een relatief geconcentreerd zorgaanbod met hoge toetredingsdrempels. Ik denk hierbij in het bijzonder aan zorgfuncties die nu onder de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV) vallen.

Ten tweede gaat het om DOT-zorgproducten die op termijn naar het vrije segment zouden kunnen worden overgeheveld, maar die uit oogpunt van het verantwoord beheersen van risico's, vooralsnog onder een regime van maximumtarieven worden gehouden.

Ten derde gaat het om de kosten van onderdelen van een behandeling die niet goed in de reguliere DBC-systematiek kunnen worden opgenomen, omdat ze tot een te grote kostenspreiding per DBC zouden leiden. Deze kosten kunnen worden gedeclareerd via zogenaamde add-ons. Add ons worden gedeclareerd met de reguliere DBC's waarbij ze zijn geleverd. Onderdelen van een behandeling die ik op deze manier wil bekostigen betreffen de verstrekking van dure en weegeneesmiddelen en de bekostiging van zorg op de intensive care (IC). Ik ga mee met het advies van de NZa om deze add ons, net als de andere declarabele prestaties in het gereguleerde segment, te koppelen aan maximumtarieven. Over de bekostiging van de dure en weegeneesmiddelen doe ik de Tweede Kamer zeer binnenkort een separate brief toekomen.

Kapitaallasten in het gereguleerde segment

Kapitaallasten zullen (net als in het vrije segment) ook in het gereguleerde segment integraal deel uitmaken van de tussen zorgaanbieders en verzekeraars afgesproken prijzen. Voor wat betreft de vaststelling van de maximumtarieven (die bindend zijn voor de prijsonderhandelingen), adviseert

de NZa om een naar DBC's gedifferentieerde, landelijke kapitaallastenvergoeding in de DBC-tarieven te verwerken. Ik heb al eerder in de Tweede Kamer opgemerkt dat ik de overstap naar een dergelijke gedifferentieerde kapitaallastenvergoeding wenselijk vind. Reden hiervoor is dat de relatieve kapitaalintensiteit van DBC's fors kan verschillen. Als bij de tariefberekening door de NZa hier structureel geen rekening mee zou worden gehouden, zouden sommige DBC's en patiënten verliesgevend worden, terwijl het omgekeerde zou gelden voor andere DBC's en patiënten. Hierdoor zou op termijn sprake kunnen zijn van patiëntselectie en vermindering van het aanbod voor «verliesgevende» patiënten. Daarom acht ik het van groot belang toe te werken naar DBC's waarin een gedifferentieerde, landelijke kapitaallastenvergoeding verwerkt is.

Voor de berekening van die gedifferentieerde kapitaallastenopslagen, heeft de NZa twee potentiële methoden beschreven. In de ene benadering wordt een kapitaallastentoeslag per DBC-zorgproduct berekend op basis van nieuwbouwnormen. Toepassing van deze methode zou impliceren dat de kapitaallasten sectorbreed zouden worden vastgesteld op basis van de actuele vervangingswaarde van de gebouwen. Bij de andere benadering zou de kapitaallastentoeslag per DBC-zorgproduct worden vastgesteld op basis van het gemiddelde van de werkelijke, actuele kapitaallasten in de sector. Deze benadering sluit goed aan bij de wijze waarop de DBC-tarieven worden berekend¹. Ook is deze benadering naar verwachting minder complex in de uitvoering dan de eerstgenoemde benadering. In een door de NZa georganiseerde consultatie hebben de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) aangegeven deze tweede methode als meest praktische en haalbare optie te ondersteunen. Om de kapitaallasten op deze manier in de tarieven te verwerken moet het kostprijsmodel voor de berekening van de DBC-tarieven worden aangepast.

De NZa geeft aan dat voor beide methoden geldt dat het per 2011 nog niet mogelijk is om een representatieve gedifferentieerde kapitaallastentoeslag te berekenen. Ik zal de NZa dan ook verzoeken om voor het jaar 2011 nog uit te gaan van een macrobudgettair neutraal rondgerekende kapitaallastentoeslag.

Voor de verwerking van de kapitaallasten in de tarieven in de jaren daarna, acht ik de als tweede beschreven methode (berekening van de kapitaallastentoeslag op basis van de gemiddelde werkelijke, actuele kapitaallasten in de sector) het meest perspectiefrijk. Ik zal de NZa dan ook verzoeken om mij een nadere uitwerking hiervan te doen toekomen en daarbij kwantitatief inzicht te geven in de te verwachten financiële effecten op macroniveau.

2.3 Het vaste segment

Het algemene uitgangspunt dat ik wil hanteren bij de indeling van de zorg in de verschillende segmenten is dat ik zo veel mogelijk functies via DBC-zorgproducten of add ons wil bekostigen, dat wil zeggen: via het vrije en gereguleerde segment. Een deel van de zorg is echter niet geschikt om (geheel) op deze manier te bekostigen. Deze zorgfuncties wil ik daarom – in elk geval deels, maar indien nodig geheel – via het zogenaamde «vaste segment» bekostigen. De basis voor de vaststelling van de vergoedingen voor zorgfuncties in het vaste segment, wordt gevormd door productie-onafhankelijke, genormeerde kosten².

Welke zorgfuncties komen in het vaste segment?

Functies die in beginsel in aanmerking kunnen komen voor (gedeeltelijke,

¹ DBC-tarieven worden berekend op basis van gemiddelde kosten.

² Uiteindelijk kunnen de vergoedingen in het vaste segment in indirecte zin wellicht wel afhankelijk worden gesteld van de omvang van de productie, bijvoorbeeld door – ten behoeve van de vaststelling van die vergoedingen – de financiële opbrengst van geleverde zorgprestaties (deels) op de betreffende kostennormen in mindering te brengen. De NZa doet nader (kosten)onderzoek naar de uitvoerbaarheid hiervan.

dan wel volledige) bekostiging via het vaste segment, zijn uitsluitend functies die:

- nu uit het ziekenhuisbudget worden bekostigd èn
- onder de reikwijdte van de Wmg vallen èn
- uit oogpunt van de publieke belangen ten minste op een of meer plekken in Nederland moeten worden aangeboden èn
- niet of onvoldoende zouden blijven bestaan als deze (uitsluitend) via de tarieven van declarabele prestaties zouden worden bekostigd.

Dit laatste kan het gevolg zijn van diverse factoren. Ten eerste is het mogelijk dat er geen prestaties voor de betreffende functies kunnen worden gedefinieerd die rechtstreeks bij een individuele zorgverzekeraar of patiënt in rekening kunnen worden gebracht. Ook kan het zo zijn dat de kosten van de betreffende functie redelijkerwijs niet of niet geheel aan dergelijke prestaties zijn toe te rekenen vanwege de hoge mate van onvoorspelbaarheid van het productievolume, of van de hoogte van de kosten zelf. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn als de kosten van de betreffende functie voornamelijk zijn gekoppeld aan het garanderen van de beschikbaarheid van de functie.

Op grond van deze algemene uitgangspunten en de uitvoeringstoets van de NZa, kom ik tot de volgende limitatieve lijst van functies die in aanmerking kunnen komen voor (gedeeltelijke) bekostiging via het vaste segment. In lijn met de uitvoeringstoets van de NZa maak ik binnen deze lijst onderscheid tussen functies die per 2011 *geheel* via het vaste segment bekostigd gaan worden en functies die *deels* ook via het vrije en/of gereguleerde segment bekostigd gaan worden¹.

Functies waarvoor geen declarabele prestaties (DBC-zorgproducten of add ons) beschikbaar zijn, moeten *geheel* via het vaste segment worden bekostigd. Dit betreft:

- enkele functies die vergoed worden via de zogenaamde «academische component», te weten:
 - Topreferente zorg. Dit betreft zeer specialistische zorg waarvoor geen doorverwijzing meer mogelijk is (last resort functie) en waarbij de zorgverlening gekoppeld is aan fundamenteel wetenschappelijk onderzoek.
 - Fundamenteel zorggerelateerd wetenschappelijk onderzoek en ontwikkeling.

Deze functies blijven ook vanaf 2011 bekostigd worden via de academische component.

- donorumnameteams
- een calamiteitenhospitaal
- helikoptervoorzieningen voor traumazorg
- het ontwikkelen van de kennisfunctie en coördinatie van de traumazorg (keten) zorg en het opleiden trainen en oefenen ten behoeve van rampen.

Andere functies wil ik *deels* via het vaste segment bekostigen, omdat hiervoor ook declarabele zorgprestaties bestaan. Deze functies zijn:

- spoedeisende hulp
- traumazorg
- brandwondenzorg

Voor wat betreft de spoedeisende hulp (SEH) heb ik op 1 oktober jl. het rapport ontvangen van de werkgroep «kwaliteitsindeling SEH» (die was samengesteld uit diverse spelers uit het zorgveld) over de kwaliteitseisen voor de SEH. Ik heb mijn standpunt daarover per brief van 23 december jl. naar de Tweede Kamer gestuurd². De stuurgroep «zwangerschap en geboorte» heeft mij zeer recent geadviseerd over de noodzaak van het

¹ Begin 2010 zal ik de Tweede Kamer een brief sturen, waarin de relatie wordt gelegd met de zogenaamde «cruciale zorgfuncties».

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2009–2010, 29 247, nr. 113.

24 uur per dag en 7 dagen per week beschikbaar en bereikbaar zijn van de (spoedeisende) verloskundige zorg. Ik heb op 6 januari jl. mijn eerste reactie hierop naar de Tweede Kamer gestuurd¹. In februari zal ik – in vervolg hierop – een uitgebreidere reactie naar de Tweede Kamer sturen.

Welke zorgaanbieders kunnen in aanmerking komen voor een vergoeding?

De NZa benadrukt in haar uitvoeringstoets dat het voor alle zorgaanbieders en verzekeraars van belang is dat vooraf duidelijk is of en onder welke voorwaarden aanbieders aanspraak kunnen maken op een vaste vergoeding en dat dit wettelijk is geborgd.

Op dit moment geldt voor een aantal van de genoemde functies dat via artikel 8 van de WBMV is geregeld welke zorgaanbieders aanspraak kunnen maken op een aanvullende vergoeding in hun budget. Volgens de NZa is de WBMV onder een systeem van prestatiebekostiging op dit moment echter geen geschikte basis voor het aanwijzen van zorgaanbieders. Ik zal de WBMV en de WMG daarom per 2011 zodanig aanpassen dat op basis van artikel 8 van de WBMV aanbieders kunnen worden aangewezen die een vergoeding via het vaste segment kunnen ontvangen.

Vergelijkbaar aan de huidige situatie wil ik aanbod van spoedeisende hulp alleen voor (gedeeltelijke) bekostiging via het vaste segment in aanmerking kunnen laten komen, voor zover dat aanbod *noodzakelijk* is om deze functie(s) voldoende beschikbaar te houden, waarbij doorslaggevend is of het betreffende aanbod nodig is om aan de zogenaamde 45-minutennorm te voldoen (gebaseerd op analyses van het RIVM). Indien dat zo is, kan de aanbieder van dat aanbod alleen voor een beschikbaarheidsvergoeding in aanmerking komen, indien hij onvoldoende omzet genereert om de spoedeisendehulpfunctie redelijkerwijs kostendekkend in stand te kunnen houden.

Hoe komen vergoedingen binnen het vaste segment bij de zorgaanbieders terecht?

Per 2011 zullen zowel de academische component als de diverse beschikbaarheidsvergoedingen rechtstreeks uit het Zorgverzekeringsfonds (Zvf) aan de betreffende aanbieders worden uitgekeerd. Daarvoor is een aanpassing van de WMG in voorbereiding. Deze wetwijziging wordt per 2011 van kracht. In paragraaf 5 van deze brief licht ik deze voorgenomen wetwijziging verder toe.

Hoeveel bedraagt de vergoeding?

Voor het jaar 2011 vraag ik de NZa zowel qua hoogte van de vergoeding als wat betreft de ontvangende aanbieders zo veel mogelijk aan te sluiten bij de bestaande situatie. Voor wat betreft de academische component zal de NZa van VWS een opgave ontvangen over de hoogte en toedeling aan zorgaanbieders. Voor wat betreft de hoogte en de toedeling van de beschikbaarheidsvergoeding voor de spoedeisende hulp, verzoek ik de NZa voor het jaar 2011 aan te sluiten bij de situatie zoals die in 2010 geldt voor de beschikbaarheidstoelage voor de kleine ziekenhuizen.

Voor het jaar 2012 verzoek ik de NZa (cf. haar voorstel in de uitvoeringstoets) nieuwe kostenberekenningsmodellen te ontwikkelen om de beschikbaarheidsvergoedingen vast te kunnen stellen voor de functies die gedeeltelijk via het vaste segment zullen worden bekostigd. Uitgangspunt daarbij is, dat (gedeeltelijke) bekostiging via het vaste segment *alleen* zal plaatsvinden als (en voor zover) de kosten van de beschikbaarheid van het betreffende aanbod onvoldoende uit declarabele prestaties kunnen worden gedekt. Dit uitgangspunt heb ik ook meegegeven aan de NZa en

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2009–2010, 32 279, nr. 1.

wordt door de NZa onderschreven. Door alleen de meerkosten van beschikbaarheid te vergoeden, wordt voorkomen dat er dubbel wordt betaald en een ongelijk speelveld ontstaat tussen zorgaanbieders.

2.5 Medisch specialisten

Op dit moment worden medisch specialisten op een andere manier bekostigd dan ziekenhuizen. Ziekenhuizen ontvangen voor de zorg die onder het A-segment valt (basisverzekerde zorg waar geen vrije prijsvorming op van toepassing is) een budget, terwijl medisch specialisten al vanaf 2008 volledige prestatiebekostiging kennen middels gereguleerde honorariumbedragen binnen de DBC-tarieven. Deze duale bekostiging leidt voor medisch specialisten en ziekenhuizen tot ongelijke prikkels in het A-segment. Met de overgang naar prestatiebekostiging voor ziekenhuizen worden deze prikkels gelijkgeschakeld.

De NZa geeft aan dat het op termijn wenselijk is om de huidige deelregulering van de specialistenhonoraria los te laten en de vergoeding voor medisch specialisten over te laten aan de afspraken tussen de zorgverzekeraars, het ziekenhuis en de medisch specialisten. Ik deel de visie dat het wenselijk is naar dit perspectief toe te werken.

Hoe ik in de komende jaren om wil gaan met de bekostiging van de medisch specialisten, licht ik in paragraaf 3.5 van deze brief toe.

In het nu volgende gedeelte van deze brief zal ik toelichten hoe ik de overgang naar het hiervoor geschetste eindperspectief (paragraaf 2) wil gaan vormgeven.

3. Het overgangsregime

De uitbreiding van de prestatiebekostiging heeft tot nu toe altijd plaatsgevonden via een geleidelijke uitbreiding van het deel van de zorg dat nu al wordt bekostigd op basis van declarabele zorgprestaties (DBC's), namelijk het deel van de zorg waar vrije DBC-tarieven gelden: het B-segment. Het B-segment is eerst uitgebreid van circa 10 naar circa 20% (2008) en vervolgens naar circa 34% (2009). Tegelijkertijd bleven voor het overige deel van de basisverzekerde ziekenhuiszorg (het A-segment) de instellingsbudgetten bestaan. Bij iedere uitbreiding van het B-segment moesten deze instellingsbudgetten worden verkleind, om dubbele bekostiging te voorkomen: de zogenaamde «budgetschoning».

Hoewel via deze aanpak de afgelopen jaren op een verantwoorde manier stappen konden worden gezet, acht ik deze aanpak nu niet langer wenselijk. Ik deel de opvatting van de NZa¹ dat verdere schoning de instellingsbudgetten te instabiel maakt. Verdere schoning maakt de resterende budgetten onvoldoende representatief voor de zorg die eruit bekostigd moet worden en kan ook leiden tot een oneigenlijke druk op de prijzen in het B-segment (een ventiefunctie die bovendien per ziekenhuis meer of minder urgent kan zijn, met alle marktverstoringe implicaties van dien). Dit zou financiële risico's met zich meebrengen voor zowel instellingen als de overheid. Daarnaast is de afgelopen jaren gebleken dat de budgetschoningen een zware wissel hebben getrokken op de onderhandelingen tussen verzekeraars en zorgaanbieders, waardoor de contractering telkens pas laat kon worden afgerond.

Ook dit heeft mij ervan overtuigd dat de volgende logische stap op weg naar de prestatiebekostiging, de afschaffing van de ziekenhuisbudgetten is². Ook de NZa is die mening toegedaan. Ik wil die stap per 2011 zetten. Het jaar 2010 zal ik een jaar van relatieve beleidsrust laten zijn, waarin

¹ NZa (2009), Uitvoeringstoets «Van budget naar prestatie».

² Zie ook Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 29 248, nr. 74.

partijen voorbereidingen kunnen treffen om per 2011 de definitieve overstap van budget naar prestatiebekostiging te maken.

De systeemovergang van budget- naar prestatiebekostiging kan volgens de NZa alleen verantwoord plaatsvinden als gebruik wordt gemaakt van een overgangsmodel. Ik steun deze opvatting van de NZa. Ik wil dan ook per 2011 een overgangsmodel invoeren. In de volgende paragrafen bespreek ik achtereenvolgens:

- de noodzaak van een overgangsmodel;
- de vormgeving van het overgangsmodel;
- de garanties die het overgangsmodel aan instellingen en verzekeraars biedt en de afbouw van die garanties;
- de werkzaamheden die ik wil uitvoeren voor de uitontwikkeling van het in paragraaf 2 beschreven eindmodel;
- de bekostiging van medisch specialisten gedurende het overgangsmodel;
- de relatie tussen het overgangsmodel dat dient om de overstap naar prestatiebekostiging te faciliteren en het overgangsmodel voor de kapitaallasten (dat bestaat in verband met het vervallen van de gegarandeerde kapitaallastenvergoedingen in de ziekenhuisbudgetten, zie paragraaf 3.6);
- de verwerking van de budgettaire taakstelling voor de ziekenhuizen in het overgangsmodel.

3.1 De noodzaak van een overgangsmodel

De belangrijkste reden waarom bij de overstap van budget- naar prestatiebekostiging een overgangsmodel noodzakelijk is, is dat deze overgang abrupte financiële gevolgen kan hebben voor individuele instellingen, bijvoorbeeld vanwege efficiëntieverschillen tussen instellingen, die tot nu toe aan het zicht werden onttrokken door het budgetstelsel en de ondoorzichtige productstructuur. Beide maakten immers dat zowel verzekeraars, ziekenhuisbestuurders als cliënten geen zicht hadden op wat een accurate prijsstelling was. Hoewel omzetverschuivingen tussen relatief goed en relatief slecht presterende instellingen een beoogd effect zijn van de prestatiebekostiging (vanwege de gunstige gevolgen die hiervan uitgaan op de kwaliteit en doelmatigheid binnen de sector), moeten instellingen uit hoofde van behoorlijk bestuur, bij een ingrijpende systeemwijziging als de overstap van budget- naar prestatiebekostiging, een redelijke termijn krijgen om hun bedrijfsvoering aan te passen aan de nieuwe situatie. Dit kan alleen als de overstap geleidelijk wordt gemaakt, via een overgangsmodel.

Hoewel ik de invoering van DOT niet als een zelfstandige reden zie om een overgangsmodel in te voeren, draagt het feit dat de overstap van budget- naar prestatiebekostiging plaatsvindt op basis van DOT (en niet op basis van de huidige DBC's) er in belangrijke mate aan bij dat de omzet- en schadelasteffecten van de overstap vooraf niet volledig voorspelbaar zijn voor zorgaanbieders en verzekeraars. Daarnaast geldt dat er naar verwachting in de eerste jaren na invoering nog verbeteringen aan het DOT-systeem zullen worden doorgevoerd. Hoewel DOT volgens de NZa een voldoende solide basis biedt om de overstap naar prestatiebekostiging te kunnen maken, zal het gebruik van DOT in de praktijk onvermijdelijk nog tot nieuwe voorstellen voor aanpassing leiden. Dit is ook de ervaring geweest bij de invoering van de huidige DBC-structuur. Ook de DOT-tarieven zullen vanaf 2011 nog een verbeteringslag moeten ondergaan (hier kom ik later in deze brief op terug). Dit alles brengt onvermijdelijk en tijdelijk onzekerheden met zich mee voor zorgaanbieders en verzekeraars, die door het overgangsmodel worden verminderd. Dit geldt ook voor onzekerheden die samenhangen met andere wijzigingen die bij de over-

stap naar prestatiebekostiging moeten worden doorgevoerd. Ik denk dan met name aan de andere inrichting van de bekostiging van zorgfuncties in het vaste segment, waaronder de spoedeisende hulp. De NZa merkt in haar uitvoeringstoets terecht op, dat de uitwerking hiervan complex is, wat betekent dat gedurende de komende jaren, ook na 2011, mede op grond van toepassing van het nieuwe model in de praktijk, nog aanpassingen zullen plaatsvinden.

Om de potentiële voordelen van een systeem van prestatiebekostiging te kunnen realiseren is een versterking van de inkoopprykkels voor verzekeraars noodzakelijk. De prikkel om hier haast mee te maken, zal pas echt worden gevoeld zodra zeker is dat het overgangsregime van zeer korte duur is en er geen inkomstengaranties voor individuele instellingen meer bestaan. In paragraaf 3.4 licht ik toe op welke manier en langs welk tijdpad ik dit wil realiseren.

Door de positieve en negatieve risico's van de overstap van budget- naar prestatiebekostiging voor instellingen en verzekeraars te dempen, zullen ook de macrobudgettaire risico's van de overstap worden gedempt. Hoewel dit een gunstig effect is van een overgangsmodeel, zie ik de demping van macrobudgettaire risico's niet als primaire doelstelling van het modeel, temeer niet daar het een tijdelijk karakter kent en als belangrijkste doel heeft instellingen de tijd te geven zich in financiële zin aan te passen aan de nieuwe situatie. Die tijdelijkheid is dringend geboden, omdat het overgangsmodeel instellingen min of meer vaste inkomsten garandeert. De prikkel om doelmatig te werken, om de productiviteit te verbeteren, om de kwaliteit op te waarden teneinde meer zorg te kunnen contracteren etc. wordt met het overgangsregime gedempt, terwijl de prestatiebekostiging juist op deze dynamiek aanstuurt. Voor zorginstellingen heeft het overgangsregime als nadeel dat betere zorgverlening niet loont, voor zover met betere zorgverlening wordt beoogd relatief meer patiënten aan te trekken. De extra kosten die extra patiënten met zich meebrengen worden immers hooguit beperkt vergoed. Alle redenen dus om het overgangsregime naar de tijd gemeten zo begrensd mogelijk te laten werken.

Als methode om de macrokosten *structureel* te beheersen, voldoet het overgangsregime niet. Zoals gezegd, legt het overgangsmodeel de inkomsten van instellingen voor een belangrijk deel vast, waardoor de prykkels die met prestatiebekostiging zijn beoogd juist van hun kracht worden beroofd. Het overgangsregime beheerst op korte termijn dus wel de kosten, maar leidt per saldo tot productiviteitsverlies en daarmee op termijn juist tot relatief hoge kosten, ook op macroniveau. Uit een oogpunt van macrobeheersbaarheid gaat het kabinet – zoals ik al in de inleiding van deze brief heb vermeld – daarom via de WMG wettelijk verankeren dat binnen het systeem van de prestatiebekostiging (zowel tijdens als na de transitieperiode) eventuele overschrijdingen van de macrobudgettaire kaders structureel kunnen worden omgeslagen over de omzetten (over A- en B-segment) van zorgaanbieders. Bij een macrooverschrijding kunnen zorgaanbieders dan *naar rato van hun marktaandeel* voor een bepaald bedrag worden aangeslagen. Dat bedrag moeten zij dan in het eerstvolgende jaar afstaan aan individuele verzekeraars of het Zorgverzekeringsfonds (Zvf). Op die manier wil ik zorgaanbieders (zowel ziekenhuizen, medisch specialisten, zelfstandige behandelcentra als overige instellingen voor medisch-specialistische zorg), ook binnen een modeel van prestatiebekostiging en tijdens de transitiefase, kunnen verplichten een overschrijding te compenseren (naar analogie van de generieke kortingen die nu onder het budgetstelsel kunnen worden gegeven). Daarmee ontstaat – los van het overgangsmodeel – een separaat instrumentarium waarmee, indien nodig, onverhoopte budgettaire tegen-

vallers kunnen worden gecompenseerd, zowel tijdens als na de transitieperiode. Door het invoeren van dit generieke kortingsinstrument zal a) de transitiefase alleen tot doel hebben een zorgvuldige overgang naar prestatiebekostiging op basis van DOT te bewerkstelligen en zal b) niet gevreesd hoeven te worden voor niet te redresseren macrobudgettaire gevolgen van de nieuwe systematiek.

3.2 Vormgeving van het overgangsmodel

In haar uitvoeringstoets «Van Budget naar Prestatie» ondersteunt de NZa mijn beleidsvoornemen om per 2011 de instellingsbudgetten af te schaffen en prestatiebekostiging in te voeren op basis van DOT, door middel van een overgangsmodel. Deze paragraaf schetst de hoofdlijn van het model dat de NZa voorstelt en de kabinetsreactie daarop.

Voorstel van de NZa

De NZa stelt in haar uitvoeringstoets een model voor dat – gedurende een periode van drie jaar – functioneert als een flexibele inkomstenbegrenzer voor instellingen. Dit model werkt zodanig dat omzetschommelingen – gedurende de transitieperiode – slechts voor een deel doorwerken in de inkomsten van instellingen, waardoor zij minder risico lopen. Omzetschommelingen worden op die manier gedurende de driejarige transitieperiode die de NZa voorstelt nog deels (en in afnemende mate) gecompenseerd en omzetstijgingen worden nog deels (en in afnemende mate) afgeroomd. Het model vermindert op identieke wijze de schadelastverschuivingen voor verzekeraars.

De mate waarin omzetschommelingen worden gecompenseerd (en omzetstijgingen afgeroomd) wordt bepaald door het zogenaamde «garantiepercentage». Hoe hoger dit percentage des te sterker de omzetschommelingen worden gedempt. Het referentiebedrag ten opzichte waarvan de omzetschommelingen worden gedempt, wordt bepaald door een instellingsspecifieke historische basis, met de mogelijkheid deze met een bepaalde groeivoet te corrigeren voor bijvoorbeeld prijsontwikkelingen en de demografische ontwikkeling.

De NZa stelt voor het overgangsmodel in beginsel na drie jaar stop te zetten en het garantiepercentage tussentijds af te bouwen. Instellingen en verzekeraars krijgen zo drie jaar de tijd om toe te groeien naar de structurele eindsituatie van prestatiebekostiging. Op grond van een evaluatie zou eventueel tot verlenging van het overgangsmodel kunnen worden besloten. Ik kan deze gedachtegang van de NZa goed volgen, maar teken daarbij aan dat het overgangsregime primair tot doel heeft om omzetschommelingen die het gevolg zijn van de systeemwijziging een zachte landing te geven. Het fungeert daarmee primair als handreiking aan de ziekenhuizen. Als van die zijde dan wordt aangegeven dat de handreiking eerder knellend is dan comfort verschaft, is er geen reden de overgangstermijn nodeloos op te rekken. Uiterlijk begin 2011 wil ik dan ook met de sector bezien of het overgangsregime niet beter al in 2012 kan worden losgelaten.

De NZa merkt op dat een aantal transitierisico's niet wordt ondervangen als dit overgangsmodel alleen op het A-segment zou worden toegepast. Deze transitierisico's hangen samen met het feit dat de overstap van budget- naar prestatiebekostiging wordt gemaakt op basis van een nieuwe productstructuur (DOT).

Ten eerste betekent de invoering van DOT dat instellingen prijzen moeten gaan stellen voor nieuwe producten, waar zij nog geen ervaring mee hebben opgedaan en waar ook geen richtprijzen voor zijn. Dit is ook het

geval in het B-segment. Instellingen kunnen dit ondervangen door risico-opslagen in de prijzen in het B-segment te verwerken, maar dit heeft als mogelijk gevolg dat – puur in verband met de transitie naar een verbeterd DBC-systeem – de prijzen in het B-segment relatief hoog gaan uitvallen. Vergelijking van ontwikkelingen tussen het A- en het B-segment krijgen daarmee een complex en al snel oneigenlijk karakter. In het uiterste geval zou de ontwikkeling in het B-segment nopen tot het inzetten van een prijsbeheersingsinstrument (PBI), in de vorm van maximumtarieven¹. Daarmee zou in het A-segment het overgangsmodel van kracht zijn en in het B-segment een prijsbeheersingsinstrument. Het hanteren van afwijkende reguleringsinstrumenten met hetzelfde doel (in dit geval in feite het opvangen van transitie-effecten die samenhangen met de overstap van budget- naar prestatiebekostiging) acht de NZa echter ongewenst. Ik merk – in lijn met dit punt van de NZa – op dat het prijsbeheersingsinstrument, zoals dat momenteel (indien nodig) eventueel in het B-segment zou kunnen worden ingezet, niet bedoeld is als transitie-instrument.

Er is volgens de NZa nog een tweede transitierisico dat niet wordt ondervangen als het overgangsmodel alleen in het A-segment zou worden toegepast. De invoering van DOT leidt tot een andere clustering van zorg dan onder het huidige DBC-systeem. Daardoor verandert de samenstelling van het B-segment: bepaalde zorg verschuift van het A- naar het B-segment en andersom. Op landelijk niveau hoeft dit geen invloed te hebben op de omvang van het B-segment², maar omdat de instellingsbudgetten hiervoor niet gecorrigeerd kunnen worden, kunnen instellingen hierdoor een substantieel financieel voordeel of nadeel ondervinden: de NZa schat in (op basis van data van DBC Onderhoud) dat het voor een substantieel aantal instellingen om effecten gaat van tussen de + 4 en – 5% van hun opbrengsten. De NZa geeft aan dat mogelijk niet alle instellingen dit soort financiële risico's kunnen opvangen, omdat een groot deel van de ziekenhuizen een relatief laag weerstandsvermogen heeft. Daarnaast wijst de NZa op het risico dat de genoemde financiële effecten tot een substantiële verstoring van de prijsontwikkeling in het B-segment kunnen leiden, met als mogelijk gevolg een kunstmatig hoge prijsontwikkeling in het B-segment, waarbij ook hierdoor de inzet van een prijsbeheersingsinstrument (PBI) in het B-segment (in de vorm van maximumtarieven), in beeld zou kunnen komen.

Daarom adviseert de NZa om het door haar geadviseerde overgangsmodel niet alleen toe te passen op het A-segment, maar ook op het B-segment. Dit zorgt enerzijds voor een betere beheersing van risico's voor instellingen, voor verzekeraars en voor de overheid bij de overgang naar prestatiebekostiging, terwijl anderzijds instellingen en verzekeraars nog steeds vrije prijzen kunnen afspreken in het B-segment en eveneens vrij blijven om volumeafspraken te maken, zij het dat omzetschommelingen (prijs maal volume) worden gedempt via het overgangsregime. Ik voeg daaraan toe dat de omzetontwikkeling ultiem (en in die zin onverhoopt) kan worden afgeroomd door het eerder genoemde (via de WMG nieuw te introduceren) macrobudgettaire compensatie-instrumentarium (zie paragraaf 3.1). Omdat de prestatieprikkels in het B-segment door het overgangsmodel tijdelijk en in afnemende mate worden afgezwakt, acht de NZa het wel van belang dat de dempende werking van het overgangsmodel niet groter is dan nodig en dat het overgangsmodel niet langer duurt dan strikt noodzakelijk.

¹ Zie in dit verband Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 29 248, nr. 47 en nr. 52 en Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 29 248, nr. 74.

² De omvang van het B-segment per 2011 is afhankelijk van politieke besluitvorming.

Kabinetsreactie op hoofdlijnen

Ik heb al toegelicht dat ook ik (voor het maken van de overgang van budgetnaar prestatiebekostiging op basis van DOT) een overgangsregime noodzakelijk vind om instellingen in de gelegenheid te stellen om zich aan te passen aan de nieuwe situatie. Wat betreft de vormgeving van het

overgangsmodel ben ik het met de NZa eens dat de genoemde financiële risico's een overgangsmodel noodzakelijk maken over zowel het A- als het B-segment. Daarnaast ben ik met de NZa van oordeel dat de transitieperiode zo kort mogelijk moet zijn. Belangrijke reden daarvoor is het feit dat het overgangsmodel als zodanig verstorend werkt ten aanzien van het optimaal en zelfstandig functioneren van partijen in de zorg. Hiervoor kwam dit punt al kort ter sprake. Er is toen op gewezen, dat het reguleren van inkomsten van instellingen betekent dat de competitie op kwaliteit en prijs nauwelijks van de grond zal komen. Er is immers sprake van een inkomstengarantie op instellingsniveau. Naast de competitie tussen zorginstellingen werkt het overgangsmodel ook de substitutie naar de eerste lijn tegen (ook hier omdat aan instellingen – onder het overgangsmodel – in elk geval hun inkomstengaranties moeten worden betaald en een verzekeraar niet twee maal zal gaan bekostigen). Vergaand gegarandeerde inkomsten ontmoedigen instellingen om de juiste kostprijzen te berekenen, een nadeel dat nu juist met de prestatiebekostiging ondergaan zou moeten worden. Er bestaat daarnaast een risico dat bij een langdurig transitietraject de contractering van zelfstandige behandelcentra (ZBC's) door verzekeraars onder druk komt te staan. Immers, ZBC's zullen in vergelijking met ziekenhuizen niet langer concurrerend kunnen optreden (zie paragraaf 6.2). De effecten van een transparante markt zullen vele malen geringer zijn dan beoogd. Innovatie wordt eveneens geremd, aangezien een beloning hiervoor niet of nauwelijks in het vooruitzicht wordt gesteld. De noodzakelijke productiviteitsstijging om enerzijds de schaarste op de arbeidsmarkt te kunnen opvangen en anderzijds de zorg betaalbaar te houden (zie paragraaf 7.1) zal daarom in het geval van een langdurig en onvoorspelbaar overgangstraject grotendeels uitblijven.

Ik ben mij dus bewust van de (potentiële) nadelen van het overgangsmodel (zoals dat wordt voorgesteld door de NZa) en de daaraan gekoppelde demping van de prikkels in het B-segment. Toch ben ik van mening dat een overgangsmodel over alleen het A-segment niet voldoende zou zijn. Hiervoor is al ingegaan op de argumentatie die de NZa daarvoor aandraagt. De door de NZa geschatte effecten die zich zouden voordoen als alleen in het A-segment een overgangsmodel zou worden geïntroduceerd, impliceren bovendien dat – gedurende de transitieperiode – puur vanwege de «toevallige» verschillen tussen de productmixen van instellingen, de ene instelling een substantieel voor- of nadeel kan ondervinden ten opzichte van een andere instelling. Ik wil ziekenhuizen zo min mogelijk belasten met dit type risico's, die buiten hun beïnvloedingsfeer liggen.

Verder is al gesteld dat de genoemde effecten door instellingen wellicht (deels) kunnen gaan worden afgewenteld op het B-segment (prijs en volume). Hieraan zijn risico's verbonden voor de macro-uitgavenontwikkeling. Bovendien zou het hierdoor gedurende de transitiefase vrijwel onmogelijk worden om uit de waargenomen prijs- en volumeontwikkelingen in het B-segment voldoende betrouwbare conclusies te trekken over het functioneren van de zorgmarkt in het B-segment, aangezien de genoemde effecten de prijs- en volumeontwikkeling in het B-segment substantieel kunnen beïnvloeden.

Er kunnen zich bij een keuze voor een overgangsmodel over alleen het A-segment ook om een andere reden verstoringen van de marktontwikkelingen (prijs en volume) in het B-segment voordoen. Zo zouden instellingen die onder dit model in het A-segment zouden worden afgeroomd (in verband met een te grote omzetgroei ten opzichte van hun historische basis) kunnen proberen dit via het B-segment te compenseren.

Door het B-segment onder het overgangsmoedel te plaatsen worden de genoemde financiële risico's beheerst en marktverstoringen zo veel mogelijk voorkomen.

Zoals ik al heb opgemerkt staan tegenover de voordelen van het «integrale ingroeimodel» (over A- en B-segment), zoals de NZa dat voorstelt, ook duidelijke nadelen. De kracht van de prestatieprikkels in het B-segment wordt tijdelijk, maar substantieel afgezwakt. Ik wil deze demping niet sterker laten zijn en niet langer laten duren dan nodig. In de volgende paragraaf ga ik in op de vraag hoe daarvoor te zorgen.

3.3 Hoogte van de garanties en duur van het overgangsmoedel

Ik wil het beschreven overgangsmoedel minimaal een jaar laten duren. De NZa stelt een overgangsperiode van drie jaar voor. Zoals ik echter al opmerkte fungeert het overgangsmoedel primair als een handreiking aan de ziekenhuizen. Als van die zijde zou worden aangegeven dat de handreiking eerder knellend is dan comfort verschaft, is er geen noodzaak de overgangstermijn op te rekken en zou het overgangsmoedel na een jaar kunnen worden beëindigd. Voor het bewerkstelligen van macrobudgettaire beheersbaarheid van de zorguitgaven (tijdens en na de transitie) maak ik gebruik van het in paragraaf 3.1 genoemde en via de WMG te verankeren instrumentarium, en hoeft van overheidswege niet te worden teruggevallen op het overgangsmoedel. Voorwaarde voor het beëindigen van het overgangsmoedel na een jaar is wel dat de sector er zich dan aan committeert de resterende transitierisico's zelf te dragen. Dit moet dan vanzelfsprekend ook een geloofwaardig commitment zijn.

Ik zal uiterlijk begin 2011, na consultatie van de zorgaanbieders en verzekeraars een besluit nemen over de eventuele noodzaak van verlenging van het overgangsmoedel en daarbij bovengenoemde uitgangspunten betrekken. Ik zal – mocht een verlenging toch nodig blijken te zijn – dan gelijktijdig een besluit nemen (wederom na consultatie van de sector) voor een concreet afbouwpad voor het jaar 2012 en – indien nodig – ook voor het jaar 2013, zodat het overgangsmoedel in dat geval niet langer dan drie jaar zal duren.

Voor wat betreft de invulling van het overgangsmoedel voor het jaar 2011 meld ik u het volgende:

Zoals toegelicht aan het begin van paragraaf 3.2 werkt het overgangsmoedel dat de NZa voorstelt zodanig, dat omzetschommelingen slechts voor een deel doorwerken in de inkomsten van instellingen en in de schadelast van verzekeraars. De mate waarin omzetschommelingen worden gedempt is afhankelijk van het zogenaamde «garantiepercentage». Hoe hoger dit percentage, des te sterker de demping. Het referentiebedrag ten opzichte waarvan de omzetschommelingen worden gedempt wordt bepaald door een instellings specifieke historische basis, met de mogelijkheid deze met een bepaalde groeivoet te corrigeren voor bijvoorbeeld prijsontwikkelingen en de demografische ontwikkeling.

Om de partijen in het veld vooraf zo veel mogelijk zekerheid te bieden, acht ik het van belang om nu reeds, in deze brief – binnen beperkte marges – richting te geven ten aanzien van de hoogte van het garantiepercentage in 2011. Dit is ook van belang met het oog op een zorgvuldige voorbereiding van het overgangsmoedel door de NZa. De NZa zal vervolgens binnen de gestelde marges en op basis van (voor zover mogelijk) geobjectieerde criteria het garantiepercentage vaststellen na consultatie van de veldpartijen. De NZa zal dit percentage opnemen in de beleidsregels die uiterlijk 1 juli 2010 zullen worden vastgesteld.

Gelet op de potentiële omzetschommelingen voor instellingen acht ik het redelijk dat in 2011 het garantiepercentage zodanig wordt vastgesteld dat deze schommelingen in hoge mate worden gemitigeerd. Daarom is het kabinet van mening dat in 2011 een garantiepercentage moet gelden van tussen de 75 en 100%. De NZa zal met inachtneming van deze bandbreedte het definitieve garantiepercentage voor 1 juli 2010 vaststellen.

Ik wil de NZa vragen om bij het vaststellen van het garantiepercentage voor 2011 (per 1 juli 2010) een aantal factoren te betrekken: ik denk hierbij in elk geval aan de omvang van de (te verwachten) financiële risico's voor individuele zorgaanbieders en verzekeraars in relatie tot het aanpassingsvermogen van de sector (dit laatste is mede afhankelijk van het weerstandsvermogen van instellingen) en aan de mate waarin het eindmodel voor de prestatiebekostiging is uitontwikkeld (de stappen die de komende periode op dit punt zullen worden gezet, komen in paragraaf 3.5 aan de orde).

Voor wat betreft het referentiebedrag dat in het model per instelling wordt opgenomen (ten opzichte waarvan de omzetschommelingen worden gedempt) gaat mijn voorkeur uit naar de volgende aanpak:

- De referentiebedragen worden zodanig gekozen dat deze zo veel mogelijk aansluiten bij de historische inkomsten van instellingen (budgetten en inkomsten B-segment uit het basisjaar 2009 of 2010).
- Het totaal van de referentiebedragen moet passen binnen de beschikbare macrobudgettaire ruimte.
- Het voor 2011 macrobudgettair beschikbare bedrag wordt aangepast met de door het kabinet beschikbaar gestelde loon- en prijsbijstelling voor het jaar 2011 (op basis van het CEP 2011).
- De groei ruimte 2011 wordt onder andere gereserveerd voor het budgettair accommoderen van de groeiers binnen het overgangsmodel.

Voor sommige instellingen geldt mogelijk dat het jaar 2009 geen representatieve basis zou bieden voor het vaststellen van het referentiebedrag binnen het overgangsmodel, bijvoorbeeld als gevolg van uitbreidingsbouw. Ik zal de NZa vragen hier bij de uitwerking van het overgangsmodel, binnen de gestelde budgettaire randvoorwaarden, op adequate wijze rekening mee te houden.

3.4 Uitontwikkeling van het eindmodel

De komende periode zal verder worden gewerkt aan de uitontwikkeling van het eindmodel voor de prestatiebekostiging. Daarbij gaat het in de eerste plaats om de technische uitwerking van de bekostigingsstructuur, zoals beschreven in paragraaf 2 van deze brief. In dat kader moet in de komende periode – behalve aan de implementatie van de noodzakelijke aanpassingen in wet- en regelgeving (zie paragraaf 5) – in elk geval ook verder worden gewerkt aan:

- de kwaliteit van de maximumtarieven onder DOT (de mate waarin ze de daadwerkelijke redelijke kostprijs van de DBC-zorgproducten reflecteren);
- de ontwikkeling van adequate vergoedingen voor zorgfuncties die onder het «vaste segment» vallen (zie paragraaf 2.3);
- de doorontwikkeling van de DOT-productstructuur.

Ten tweede is het van belang dat in de komende periode de prikkels voor verzekeraars worden versterkt om goed zorg in te kopen. Dit kan door de verdere afbouw van de ex post compensaties in de risicoverevening.

Ten derde wil ik dat werk wordt gemaakt van het creëren (en versterken) van (bestaande) mogelijkheden en prikkels om – binnen een systeem van prestatiebekostiging – de volumeontwikkeling te beheersen. Maatregelen die ik zo veel mogelijk in samenspraak met en op voorspraak van marktpartijen in dat kader zal nemen (aanvullend op het versterken van de prikkels voor verzekeraars) zijn:

- het inzichtelijk maken van de verschillen tussen zorgaanbieders wat betreft de behandelingen die zij voor bepaalde aandoeningen kiezen (praktijkvariatie) om zo eventuele onder- en overbehandeling in beeld te krijgen, ter wille van instellingen zelf (zelfcorrectie) en ten behoeve van verzekeraars (zorginkoop), zodat kwaliteit mede leidend kan zijn bij de zorginkoop (over- en onderbehandeling schaden immers uiteindelijk de gezondheid van mensen);
- het gelijkschakelen van de prikkels tussen medisch specialisten en ziekenhuizen (zie paragraaf 3.5).

Daarnaast zullen overigens ook de invoering van DOT en de overstap naar de prestatiebekostiging als zodanig nieuwe mogelijkheden en prikkels creëren voor volumebeheersing:

- met de invoering van DOT nemen de mogelijkheden tot «upcoding» af, omdat de te declareren DBC's – anders dan nu – via een gestandaardiseerde ICT-applicatie (de zogenaamde «grouper») worden afgeleid;
- door de overstap van budget- naar prestatiebekostiging krijgen zorgaanbieders en verzekeraars meer ruimte om per DBC afspraken te maken over degressieve tarieven (tarieven per DBC die lager worden bij hogere volumes), niet alleen in het B-segment – waar dit nu al kan – maar ook in het A-segment, waar maximumtarieven per DBC gaan gelden. Degressieve tarieven hebben een volumematigend effect.

Hieronder licht ik enkele van deze punten inhoudelijk toe. In een separate paragraaf (paragraaf 3.5) zal ik ingaan op het gelijkschakelen van de prikkels van medisch specialisten en ziekenhuizen.

Kwaliteit van de DBC-tarieven en de vergoedingen in het vaste segment
De kwaliteit van de DBC-tarieven is momenteel nog onvoldoende. De NZa meldt in haar uitvoeringstoets dat over het jaar 2008 volgens een voorlopige inschatting sprake is van een overfinanciering van € 1 miljard, wat inhoudt dat de totale DBC-opbrengsten van ziekenhuizen in het A-segment € 1 miljard hoger liggen dan de som van de instellingsbudgetten. Ik heb de NZa dan ook gevraagd op zeer korte termijn onderzoek te doen naar de oorzaken van de overfinanciering en begin 2010 met voorstellen te komen voor tariefverbetering voor 2011 en de jaren daarna. Daarbij heb ik de NZa ook gevraagd de mogelijkheid te onderzoeken van een macro-rendrekening van de tarieven. Ik wil de NZa ook vragen op zoek te gaan naar manieren om de sector zelf een grotere verantwoordelijkheid te geven voor het aanleveren van juiste gegevens, en prikkels in te bouwen voor een adequate aanlevering.

Adequate maximumtarieven in het A-segment bieden overigens ook de beste basis voor afspraken tussen zorgaanbieders en verzekeraars over de hiervoor genoemde degressieve tarieven. Deze zijn een belangrijk instrument om de volumegroei in de zorg te beheersen.

Voor de ontwikkeling van vergoedingen voor zorgfuncties die onder het vaste segment vallen, is de NZa voornemens grondig kostenonderzoek te gaan uitvoeren. Op die manier kunnen de vergoedingen in het vaste segment zo goed mogelijk worden vastgesteld.

Doorontwikkeling van de DOT-productstructuur
DBC Onderhoud werkt momenteel aan een doorontwikkelagenda gericht

op verdere verbetering van de DOT-structuur vanaf 2011. De doorontwikkeling dient er onder andere toe om eventueel resterende lacunes in de productstructuur op te vullen, zodat onder DOT ook daadwerkelijk alle typen behandelingen gedeclareerd kunnen gaan worden.

Onder DOT zullen de prestatiebeschrijvingen beter medisch herkenbaar zijn, waardoor prestatiebekostiging op basis van DOT stimuleert tot een voor patiënten meer samenhangend en coherent zorgaanbod. Graag wijs ik erop dat de herijking van de prestatiebeschrijvingen ook op andere domeinen van de zorg om die reden een thema is en moet zijn: bijvoorbeeld bij de bekostiging van de apothekers (van receptregelvergoeding naar betalen van toegevoegde waarde) en bij de huisartsenzorg (waar de weg is ingeslagen naar de bekostiging van ketenzorg met meer waarborgen voor de intrinsieke samenhang van goede zorg).

Versterking van de prikkels voor verzekeraars

Zoals gezegd, moeten de prikkels voor verzekeraars worden versterkt. De risicodragendheid van verzekeraars wordt thans nog beperkt door de ex post compensaties in het risicovereveningsstelsel voor de verzekeraars, te weten: de macronacalculatie, de hogekostenverevening, de nacalculatie en de bandbreedteregeling. Ik ben voornemens de ex post compensaties via een geleidelijk traject af te schaffen. Randvoorwaarde voor afschaffing is dat de schadelast per verzekeraar zo voorspelbaar is, dat de ex ante risicoverevening op zich voldoende is voor een gelijk speelveld op de verzekeraarsmarkt en risicoselectie en ongewenste premieopslagen uitblijven. Dit vereist dat de bekostiging van de zorg stabiel is.

Ik wil de ex post compensaties in de risicoverevening afschaffen langs het volgende tijdspad:

- vanaf 2011 kan naar de afschaffing van de bandbreedteregeling worden toegewerkt;
- per 2012 forse afbouw of mogelijk zelfs afschaffing van de hogekostenverevening door uitbreiding van het ex ante vereveningsmodel met hogerisicoverevening of meerjarig hoge kosten;
- de macronacalculatie wordt in 2011 afgebouwd tot 70% onder de voorwaarden dat er geen onverantwoorde problemen ontstaan met betrekking tot risicoselectie ten aanzien van patiënten en met betrekking tot premieverhogingen (koopkracht). Ingeval zich deze contra-indicaties voordoen kan dat invloed hebben op tempo en/of de hoogte van de afbouw.
- per 2014 afschaffing van de nacalculatie en de bandbreedteregeling, als er een stabiele situatie is ontstaan en het ex ante vereveningsmodel is gebaseerd op gegevens die gerelateerd zijn aan de vigerende bekostiging.

Dit tijdspad gaat uit van de invoering van DOT, prestatiebekostiging en de afschaffing van het budgetstelsel voor ziekenhuizen per 2011, in de veronderstelling dat er daarmee in 2014 voldoende stabiliteit en voorspelkracht zijn gerealiseerd voor de volledige afbouw van de ex post compensaties.

Het inzichtelijk maken van praktijkvariatie

Ik vind het belangrijk dat er meer transparantie ontstaat op het vlak van de keuzes die zorgaanbieders maken ten aanzien van de behandeling van bepaalde aandoeningen. Eerdere studies (ook internationaal) laten zien dat een forse variatie bestaat bij de behandeling van bepaalde aandoeningen, die niet altijd goed verklaard kan worden. Ik wil deze onverklaarbare praktijkvariatie terugdringen en hiermee overbehandeling in de (medisch-specialistische) zorg afremmen en onderbehandeling voorkomen. Allereerst door transparant te maken hoe het staat met die prak-

tijkvariatie in Nederland. En vervolgens door een koppeling te leggen met bestaande (of nog te ontwikkelen) behandelstandaarden en/of -richtlijnen. Deze moeten zodanig inzichtelijk zijn dat de patiënt kan weten wat hij of zij ten minste mag en kan verwachten. Ik wil hier afspraken over maken met de sector. Hiermee krijgen niet alleen de zorgaanbieders zelf, maar ook cliënten en hun organisaties en verzekeraars beter zicht op eventuele «onnodige» zorg of op onderbehandeling. Cliënten en verzekeraars kunnen deze informatie betrekken bij hun keuze voor een bepaalde zorgaanbieder respectievelijk bij hun inkoopactiviteiten: niemand ligt immers graag in het ziekenhuis als dat niet nodig is, wordt graag onnodig behandeld, of ontvangt graag minder zorg dan hij nodig heeft. Zorgaanbieders kunnen deze informatie gebruiken om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

Een belangrijke stap in deze richting heb ik in 2009 genomen door de Regieraad Kwaliteit van Zorg te installeren. De Regieraad is gevraagd te stimuleren dat er (geschikte) richtlijnen komen waaraan standaarden voor behandeling kunnen worden ontleend en dat deze richtlijnen ook in hoge mate worden nageleefd. Praktijkvariatie kan aan deze standaarden worden getoetst.

3.5 Medisch specialisten

Zoals al aangegeven in paragraaf 2.5, worden ziekenhuizen en medisch specialisten op dit moment op een verschillende manier bekostigd: ziekenhuizen kennen in het A-segment een budget, terwijl medisch specialisten al vanaf 2008 volledige prestatiebekostiging kennen middels gereguleerde honorariumbedragen binnen de DBC-tarieven (normtijden en uurtarief). Dit leidt tot ongelijke prikkels.

Medio 2009 is geconstateerd dat er een forse overschrijding van het macrobudgettaire kader voor de vrijgevestigde medisch specialisten heeft plaatsgevonden over het jaar 2008. Bij de Najaarsnota is een bedrag van 512 miljoen euro genoemd. Inmiddels zijn door mij maatregelen getroffen en aangekondigd om deze overschrijding te redresseren. Daarnaast is relevant dat de in 2005 vastgestelde normtijden niet meer actueel zijn. Over de wenselijkheid van herijking van de normtijden bestaat overeenstemming met de Orde van Medisch Specialisten. Een herijking van deze normtijden is van groot belang om doelmatigheidswinsten die gerealiseerd zijn niet louter ten gunste te laten komen van de medisch specialist, maar deze te laten neerslaan in de tarieven voor de prestaties van medisch specialisten. Deze herijking zal dit jaar plaatsvinden onder regie van de NZa. De doorlooptijd van dit onderzoek is zodanig dat de resultaten pas per 2012 kunnen worden verwerkt in de DBC-tarieven¹.

Het voorgaande draagt eraan bij dat er, ondanks de structurele kortingen die op mijn aanwijzing door de NZa zijn toegepast (en die overigens door de Orde van Medisch Specialisten juridisch worden aangevochten), voor de komende jaren te veel onzekerheid blijft bestaan over de beheersbaarheid van de macrobudgettaire uitgavenontwikkeling bij de vrijgevestigde medisch specialisten. Het kabinet wil dat er voor 2011 garanties komen ten aanzien van de beheersbaarheid van de macro-uitgaven bij de medisch specialisten. Het kabinet wil daarom preventieve maatregelen nemen en de volumedruk die uitgaat van de openeindebekostiging van medisch specialisten dempen. Dat wil ik doen door de vrijheidsgraden voor de medisch specialisten tijdelijk terug te draaien en deze (meer) in lijn te brengen met de vrijheidsgraden van de ziekenhuizen. Dit kan door de bekostiging van de medisch specialisten meer in lijn te brengen met de bekostiging van de ziekenhuizen onder het (in paragraaf 3) beschreven overgangsmodel. Om dit mogelijk te maken bereidt het kabinet momen-

¹ Voor het vaststellen van de maximumtarieven in het A-segment zal overigens ook in het eindmodel van de prestatiebekostiging nog periodiek een nieuw tijdsbestedingsonderzoek moeten worden uitgevoerd.

teel wet- en regelgeving voor (zie paragraaf 5 van deze brief). Zodra het tijdsbestedingsonderzoek dat nodig is om de nieuwe normtijden te bepalen gereed is en de resultaten hiervan in de tarieven verwerkt kunnen worden (naar verwachting per 2012), kan (opnieuw) de transitie worden ingezet naar de volledige prestatiebekostiging van de medisch specialisten.

Alvorens de overstap naar volledige prestatiebekostiging weer geheel te maken zal flankerend beleid ontwikkeld worden dat ervoor zorgt dat een ongebreidelde volumegroei wordt voorkomen. In de vorige paragraaf (3.4) ben ik hier al op ingegaan. Daarnaast zal overigens – net als bij de ziekenhuizen – ook voor de lange termijn (als de prestatiebekostiging voor de medisch specialisten weer volledig van kracht is) nieuw wettelijk instrumentarium beschikbaar zijn om eventuele macrobudgettaire overschrijdingen op het kader van de medisch specialisten te kunnen redresseren, conform de systematiek die is beschreven in paragraaf 3.1. Zoals al eerder vermeld, bereid ik ook daartoe wetgeving voor (zie ook hiervoor paragraaf 5 van deze brief).

Bij het vormgeven van de maatregelen voor het jaar 2011 gelden de volgende uitgangspunten.

1) Macrobudgettaire beheersbaarheid

Er zal voldoende zekerheid moeten bestaan dat overschrijdingen van het kader voor vrijevestigde medisch specialisten niet zullen plaatsvinden. Om dat te bereiken zal voor de gezamenlijke medisch specialisten per ziekenhuis een budget ter beschikking worden gesteld voor het jaar 2011.

Het budget zal – naar analogie van het overgangsmodel voor de ziekenhuizen – deels worden bepaald door een basisbedrag, voor de vaststelling waarvan zo veel mogelijk wordt aangesloten bij de historische omzetten. Het totaal van deze basisbedragen moet binnen de beschikbare macrobudgettaire ruimte voor medisch specialisten in 2011 passen. Voor het andere deel zal het budget meebewegen met de feitelijk gerealiseerde omzetten over 2011.

Naar analogie van het overgangsmodel voor de ziekenhuizen zal een percentage worden vastgesteld dat bepalend is voor de mate waarin omzetstijgingen ten opzichte van de genoemde basisbedragen worden gedempt. Vooralsnog spreek ik hierbij van een «dempingspercentage» omdat het hierbij om een ander percentage kan gaan dan het «garantiepercentage» dat voor de ziekenhuizen wordt bepaald (zie paragraaf 3.3). De aldus vastgestelde budgetten zullen moeten passen binnen de totaal beschikbare budgettaire ruimte (BKZ).

2) Behoud van prestatieprikkels bij individuele medisch specialisten

Het ter beschikking stellen van een bedrag dat niet mag worden overschreden leidt tot het risico van productiviteitsverlies en bijbehorende wachtlijsten. Teneinde dit zo veel mogelijk te voorkomen zal bij de vormgeving van de noodzakelijke maatregelen zo veel mogelijk worden aangesloten bij prestatiebekostiging en de toekomstige Wet Cliëntenrechten Zorg. Dit betekent in beginsel dat, gedurende de periode dat sprake zal zijn van dit overgangsmodel, gedifferentieerd kan worden tussen de diverse maatschappen en individuele medisch specialisten.

De wijze waarop en de mate waarin de individuele medisch specialisten of de afzonderlijke maatschappen binnen het ziekenhuis aanspraak kunnen maken op een deel van het beschikbare budget zal in de komende periode worden vormgegeven. Ook de vraag of, en zo ja, de mate waarin het verdelingsmechanisme in wetgeving dient te worden verankerd wordt

daarbij bezien. Bij voorkeur laat het kabinet dit zo veel mogelijk over aan veldpartijen.

Aangezien er in 2011 nog geen sprake is van goede prijzen, zal het «dempingspercentage» zodanig worden vastgesteld dat de macrobudgettaire beheersbaarheid is gegarandeerd. Dit «dempingspercentage» zal gelden voor zowel het A-segment als het B-segment. Net zoals bij de ziekenhuizen geldt voor het «garantiepercentage», voorzie ik bij de medisch specialisten een korte periode waarin dit «dempingspercentage» wordt toegepast, omdat een dergelijk regime nadelen kent in de vorm van een lagere arbeidsproductiviteit als gevolg van een vermindering van prestatieprikkels.

Zoals gezegd zal overigens bovendien – ook voor de lange termijn – nieuw wettelijk instrumentarium beschikbaar zijn om eventuele macrobudgettaire overschrijdingen op het kader van de medisch specialisten te kunnen redresseren (zie paragraaf 3.1).

Vervolgacties

Ik zal de NZa vragen dit model voor de medisch specialisten op basis van deze uitgangspunten verder uit te werken. Daarbij zal ik de NZa vragen specifiek te kijken naar de mogelijke gedragseffecten die samenhangen met dit model en de afbouw daarvan (die zo snel als verantwoord mogelijk is zal moeten plaatsvinden). Eveneens zal ik de NZa vragen bij de uitwerking van het model de rol en verantwoordelijkheid van het ziekenhuis ten opzichte van de medisch specialist in haar afwegingen te betrekken.

Overigens laat ik momenteel een onderzoek uitvoeren naar de prikkels voor medisch specialisten in loondienst en vrijevestigde medisch specialisten op het gebied van arbeidsproductiviteit, doelmatigheid, kwaliteit (en veiligheid) en naar de effecten hiervan. De resultaten van dit onderzoek zullen in maart beschikbaar zijn en in de afwegingen worden betrokken.

3.6 Relatie met het overgangsmodel voor de kapitaallasten

In deze paragraaf ga ik in op de relatie tussen het beschreven overgangsmodel voor de ziekenhuizen en het overgangsmodel voor de kapitaallasten, dat bestaat in verband met het vervallen van de gegarandeerde kapitaallastenvergoedingen in de ziekenhuisbudgetten. Ik licht u tevens in over de stand van zaken op het kapitaallastendossier.

Vanaf 1 januari 2008 is het zogenaamde bouwregime voor de ziekenhuizen afgeschaft en lopen de instellingen voor een deel risico over nieuw- en verbouwplannen. Niet langer worden deze vooraf door de overheid goedgekeurd. Met de introductie van gereguleerde marktwerking en de gedeeltelijke vrije prijsvorming (in het B-segment van circa 34%) zijn instellingen daadwerkelijk meer risico gaan dragen. De overstap van budget- naar prestatiebekostiging per 1 januari 2011 betekent een nog verdergaande stap in deze ontwikkeling. De stappen richting gereguleerde marktwerking en prestatiebekostiging impliceren dat de gegarandeerde kapitaallastenvergoedingen, voor dat deel van de omzet waar prestatiebekostiging van toepassing is, komen te vervallen. De huidige overgangsregeling, die in aansluiting op het advies van de commissie Havermans¹ is getroffen, voorziet in een fasering van 3 jaar. Dit betekent dat instellingen – bij iedere uitbreiding van de prestatiebekostiging naar een nieuw segment van de ziekenhuiszorg – binnen een periode van drie jaar volledig risico gaan lopen over de kapitaallasten die met de zorg in dat betreffende segment gemoeid zijn.

¹ Zie Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 29 248, nr. 63.

In haar uitvoeringstoets over de prestatiebekostiging van ziekenhuizen geeft de NZa aan dat onevenredige financiële problemen van zorgaanbieders die zich desondanks voordoen in relatie tot investeringen die gedaan zijn onder het oude bouwregime, in beginsel opgelost moeten worden vóór de overstap naar prestatiebekostiging. De NZa heeft daarom in een advies van 2 september jl. voorgesteld de huidige overgangsregeling voor de kapitaallasten aan te passen.

Op dit moment wordt door de NZa onderzocht wat de omvang van de problematiek daadwerkelijk is en zal er bekeken worden of de huidige regelgeving dient te worden aangepast. Met het oog op reguleringszekerheid acht ik duidelijkheid hieromtrent meer dan wenselijk, ook in relatie tot de toekomstige overstap van budget- naar prestatiebekostiging.

De Raad voor de Jaarverslaglegging ziet zich inmiddels reeds op grond van de beleidswijzigingen tot nu toe en vooruitlopend op de overstap van budget- naar prestatiebekostiging, genoodzaakt voor het boekjaar 2009 aan instellingen voor te schrijven om hun gebouwen marktconform te gaan afschrijven. Dit leidt er onder andere toe dat de tot nu toe gebruikelijke afschrijvingsperiode van 50 jaar zal worden teruggebracht tot omstreeks 40 jaar. De extra financieringslast die hierdoor ontstaat, moet veelal in 1 jaar door instellingen worden verdisconteerd in de jaarverslagen. Feitelijk moeten instellingen nu reeds, nog voor de overstap van budget- naar prestatiebekostiging, de gevolgen van toekomstig overheidsbeleid volledig in hun bedrijfsvoering verdisconteren. Gevolg hiervan kan zijn dat instellingen onvoldoende dekking vinden voor de kapitaallasten en een sterke daling van hun solvabiliteitspositie zullen zien als gevolg van de verkorting van afschrijvingstermijnen.

Gelet op het voorgaande vindt het kabinet een overgangsregeling noodzakelijk die, *voorafgaand* aan de overstap van budget- naar prestatiebekostiging, duidelijkheid verschaft aan instellingen over de mate waarin en de wijze waarop de overheid compensatie verleent voor de financiële gevolgen van de majeure beleidswijzigingen in de ziekenhuisbekostiging. Reguleringszekerheid is ook in dit verband een belangrijke succesfactor voor instellingen om zich goed te kunnen voorbereiden op de gewijzigde omstandigheden. De € 160 miljoen die het kabinet eerder beschikbaar heeft gesteld voor het realiseren van een bouwimpuls in de curatieve sector zal hierbij worden betrokken.

Voor de exacte vormgeving van de hiervoor genoemde overgangsregeling, is het van belang de omvang en aard van de problematiek te kennen. De NZa rondt momenteel onderzoek hiernaar af, waardoor nog in januari 2010 per instelling een duidelijk beeld bestaat van de schadelast. Daarnaast zal de overgangsregeling proportioneel moeten zijn en zal de compensatie onevenredig nadeel van de beleidswijzigingen moeten verzachten.

De contouren van de overgangsregeling zal ik nog in januari 2010 per brief naar de Tweede Kamer sturen op basis van de resultaten van het onderzoek van de NZa. Daardoor kan de NZa hiermee ook rekening houden bij het bepalen van de tarieven voor 2011. Daarnaast beoog ik daarmee ook voldoende duidelijkheid te verschaffen voor de Raad voor de Jaarverslaglegging ter vaststelling van zijn eigen regelgeving.

Ik verzoek de NZa de overgangsregeling voor de kapitaallasten voor zover mogelijk te integreren met de overgangsregeling die ik in deze brief voorstel voor de overgang naar prestatiebekostiging.

Ik wijs er hierbij nog eens op dat een adequate overgangsregeling voor de kapitaallasten ook van belang is om goed om te kunnen gaan met de

risico's die samenhangen met het stelsel van prestatiebekostiging en de uitbreiding van het B segment. Een goede overgangsregeling voor de kapitaallasten betekent dat er minder risico is op onnodige stijging van de prijzen in het B-segment en dat de beoogde prikkelwerking van de prestatiebekostiging, die mede gewenst is vanuit het oogpunt van de macro-uitgaven, zo snel mogelijk tot ontwikkeling komt.

3.7 Verwerking van de taakstelling in het overgangsmodel

De NZa geeft aan dat de verwerking van (macrobudgettaire) taakstellingen ook binnen het overgangsmodel voor de prestatiebekostiging mogelijk is. Ik heb medio 2007 aangekondigd in de periode 2008–2011 een jaarlijks oplopende taakstelling door te voeren bij de ziekenhuizen. Ik zal de NZa opdragen de laatste tranche van deze structurele taakstelling, van € 150 miljoen (prijspeil 2007, nog te corrigeren voor prijspeil 2011), op een generieke wijze taakstellend in het overgangsmodel te verwerken.

4. Uitbreiding en samenstelling van het B-segment

Het deel van de medisch-specialistische zorg waar verzekeraars en zorgaanbieders vrij kunnen onderhandelen over de prijzen van DBC's (het B-segment) bedraagt op dit moment circa 34% van de omzet. De samenstelling van het B-segment zal per 2011 wijzigen. Ten eerste impliceert de invoering van DOT – ook bij een gelijkblijvende macro-omvang van circa 34% – dat de samenstelling van het B-segment wijzigt. De oorzaak hiervan is dat de clustering van zorg onder DOT verschilt van de clustering van zorg onder het huidige DBC-systeem. Ook is er onder DOT sprake van gewijzigde registratie- en declaratieregels. Ten tweede heb ik al eerder het kabinetsvoornemen bekend gemaakt om het B-segment per 2011 uit te breiden naar 50% indien de ontwikkelingen in het B-segment in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid, gunstig zijn¹. Ook een dergelijke uitbreiding zou gevolgen hebben voor de samenstelling van het B-segment.

Gelet hierop heb ik de NZa gevraagd om mij te adviseren over de manier waarop de samenstelling van het B-segment het beste kan worden gewijzigd onder het nieuwe DOT-systeem en over de vraag of (en hoe) het B-segment per 2011 verantwoord zou kunnen worden uitgebreid naar 50%. Ik heb dit advies per brief van 27 oktober 2009 van de NZa ontvangen. Op 3 november heb ik dit advies naar de Tweede Kamer gestuurd. De evaluatie van de uitbreidingen van het B-segment tot nu toe, die nodig is voor een definitief besluit over de uitbreiding van het B-segment per 2011, zal plaatsvinden aan de hand van een NZa-rapportage die eind februari 2010 zal verschijnen.

Advies van de NZa

De NZa heeft ten behoeve van haar advies onder andere gekeken naar hoe de markt voor medisch-specialistische zorg zich in het B-segment ontwikkelt. Hierbij is zowel gebruik gemaakt van reeds bestaande markt-evaluaties (waaronder de jaarlijkse Monitor Ziekenhuiszorg), als van nieuw beschikbare markt-informatie (over 2009).

In de laatstverschenen Monitor Ziekenhuiszorg zijn, terugkijkend over 2008 en eerdere jaren, overwegend positieve ontwikkelingen zichtbaar: zo is er sprake van gematigde prijsontwikkelingen en speelt kwaliteit een steeds grotere rol bij de zorginkoop. De volume-ontwikkeling tot en met 2007 is gematigd, terwijl over die periode ook een trend zichtbaar is van substitutie van klinische opnamen naar dagbehandelingen (de NZa zal in februari 2010 een indicatie kunnen geven van de volume-ontwikkeling over 2008). De NZa heeft inmiddels, in aanvulling op de laatste Monitor,

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 32 012, nr. 1.

ook nieuwe marktinformatie gepubliceerd. Deze beperkt zich tot de prijsontwikkeling in het B-segment over 2009 (stand 1 oktober 2009). Ook hieruit komt een beeld naar voren van een gematigde prijsontwikkeling. Voor een nadere toelichting op deze meest recente marktinformatie verwijs ik naar de «Voortgangsrapportage DBC's», die ik als bijlage meesuur bij deze brief¹.

De NZa komt op basis van bovengenoemde marktinformatie tot de conclusie dat er positieve ontwikkelingen zichtbaar zijn in de markt, die ruimte bieden voor een uitbreiding van het B-segment. Anderzijds wijst de NZa op het toenemende risicoprofiel van de sector, met name vanaf 2011. Door afschaffing van het bouwregime per 2008 en de geplande overstap van budget- naar prestatiebekostiging per 2011 (op basis van een nieuwe productstructuur) nemen de risico's voor instellingen deels incidenteel en deels structureel toe². Deze risico's worden echter deels gemitigeerd door toepassing van het overgangsmodel voor de prestatiebekostiging, zoals in deze brief is omschreven.

De NZa ziet verder nog een aantal voordelen van een uitbreiding van het B-segment naar 50%. Ten eerste zal uitbreiding van het B-segment de dynamiek in de sector faciliteren. Samen met de verbeterde DOT-productstructuur zorgt een uitbreiding van het B-segment naar 50% ervoor dat de mogelijkheden voor een effectieve en kostenefficiënte zorginkoop toenemen. Ten tweede wijst de NZa op het feit dat – onder DOT – bij een uitbreiding van het B-segment naar 50% aanverwante zorgproducten als *gehele* groep in het A- of B-segment kunnen worden geplaatst³. Verschillende behandelingen voor vergelijkbare aandoeningen komen hiermee onder hetzelfde tariefregime te vallen, waardoor financiële prikkels tot ondoelmatige (of zelfs ineffectieve) substitutie tussen aanverwante vormen van zorg worden voorkomen. Als het B-segment niet of slechts beperkt zou worden uitgebreid zou dit niet volledig kunnen worden gerealiseerd. Hierdoor zouden bijvoorbeeld operatieve en niet-operatieve behandelingen van een bepaalde aandoening, zoals nierstenen, in verschillende segmenten terecht komen.

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

² Ik merk daarbij op dat de toenemende risico's die de NZa noemt – voor zover die structureel zijn – ook beoogd zijn en mede de motor vormen achter de dynamiek die momenteel tot stand komt in de sector. Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan het toenemende volumerisico dat instellingen lopen omdat er steeds minder sprake is van gegarandeerde vergoedingen. Voor een ander deel moeten deze risico's worden gezien als een transitieprobleem dat slechts tijdelijk speelt en daarmee een incidenteel karakter heeft. Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan het feit dat door de invoering van een nieuwe productstructuur (DOT) sprake zal zijn van omzetteffecten en schadelastverschuivingen die voor instellingen, respectievelijk verzekeraars moeilijk voorspelbaar zijn.

³ In technische termen: bij uitbreiding van het B-segment naar 50% kunnen gehele analysegroepen in het B-segment worden geplaatst.

⁴ De oorzaak hiervan is dat de huidige budgetten bij een nieuwe uitbreiding van het B-segment niet meer kunnen worden geschoond. Als het B-segment ook onder het overgangsmodel wordt gebracht worden de inkomstengaranties voor instellingen onder het overgangsmodel niet meer alleen gebaseerd op de ziekenhuisbudgetten – wat het geval zou zijn als alleen de zorg uit het A-segment onder het overgangsmodel zou worden gebracht – maar op het totaal van de (historische) inkomsten over A- en B-segment. Om dat totaalbedrag adequaat vast te kunnen stellen is geen budgetschoning nodig.

Gelet op het voorgaande adviseert de NZa om het B-segment per 2011 uit te breiden naar 50%. De NZa meldt daarbij dat uitbreiding van het B-segment – om technische redenen – alleen mogelijk is indien het B-segment onder het overgangsmodel voor de prestatiebekostiging wordt gebracht (zoals wordt voorgesteld in deze brief, zie paragraaf 3.2)⁴. Voordeel hiervan is dat hierdoor ook de risico's van een uitbreiding van het B-segment naar 50% worden beperkt.

De NZa heeft er een voorkeur voor om de uitbreiding van het B-segment per 2011 te laten plaatsvinden en niet bijvoorbeeld pas per 2012. Reden hiervoor is dat de samenstelling van het B-segment door de invoering van DOT per 2011 hoe dan ook zal wijzigen (ook als het B-segment wordt uitgebreid). Uitbreiding van het B-segment per 2012 zou betekenen dat het B-segment in twee achtereenvolgende jaren wijzigt, met extra uitvoeringslasten voor veldpartijen tot gevolg.

Kabinetsreactie

Gelet op het voorgaande spreekt het kabinet in deze brief een voornemen uit om het B-segment per 2011 uit te breiden naar 50%. Omdat in het advies van de NZa echter nog niet de ontwikkelingen in het B-segment op het gebied van betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid in onderlinge samenhang worden gezien (en daarom nog geen sprake is van een volledige evaluatie van de ontwikkelingen in het B-segment tot nu toe), gaat het nog om een voornemen.

Tegen de achtergrond van de motie-Van der Veen/Smilde/Wiegman van

11 november jl. (TK 2009–2010, 32 123 XVI, nr. 61) zal het definitieve besluit uiterlijk 1 april 2010 worden genomen na overleg met de Tweede Kamer op basis van een zorgvuldige evaluatie van voorafgaande stappen met vrije prijsvorming. Daartoe zal de NZa in februari 2010 een nieuwe rapportage publiceren, waarin de ontwikkelingen in het B-segment voor wat betreft betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid in onderlinge samenhang worden gezien.

Overigens merk ik in dit verband op, dat als gevolg van de overstap naar prestatiebekostiging per 2011 (inclusief de macrobudgettaire waarborgen die ik daarbinnen wil introduceren, zie paragraaf 3.1) het belang van volume-informatie voor de besluitvorming over de uitbreiding van het B-segment wordt verkleind, zo niet geheel wegvalt en wel om de volgende redenen:

- Tot nu toe hadden uitbreidingen van het B-segment automatisch ook een uitbreiding van de prestatiebekostiging tot gevolg, waarbij in het B-segment geen instrument bestond waarmee – ook op termijn – overschrijdingen structureel zouden kunnen worden gecompenseerd¹. In die context was het dus relevant om te bekijken in hoeverre verzekeraars tot dusverre in het B-segment in staat waren geweest een gematigde volume-ontwikkeling te borgen. (In haar Monitor Ziekenhuiszorg 2009 heeft de NZa door middel van eigen analyses laten zien dat de volumegroei in het B-segment tussen 2004 en 2007 gematigd is geweest.)
- Het besluit over de uitbreiding van het B-segment zoals dat in maart 2010 moet worden genomen heeft echter betrekking op een situatie waarin per 2011 sectorbreed al prestatiebekostiging is ingevoerd op basis van een overgangsmoedel. Uitbreiding van het B-segment heeft binnen die context alleen nog effect op het aantal DBC's dat daarbinnen een vrij tarief kent. Instellingen ondervinden – binnen een systeem van prestatiebekostiging – bij vrije DBC-tarieven geen sterkere prikkel om zorgvolume te leveren dan bij maximumtarieven. Het uitbreiden van het B-segment levert mede daarom vanaf 2011 geen aanvullend volumerisico meer op.
- Bovendien zullen, zoals toegelicht in paragraaf 3.1, via de aanstaande aanpassing van de WMG zorgaanbieders (ziekenhuizen, medisch specialisten en zelfstandige behandelcentra) ook na de overstap van budget- naar prestatiebekostiging verplicht kunnen worden gesteld om een eventuele overschrijding van het macrokader te compenseren (naar analogie van de generieke kortingen die nu onder het budgetstelsel kunnen worden gegeven). Dit biedt extra budgettaire comfort. Een dergelijke systematiek was tot nog toe in het B-segment niet voorhanden. Uitbreiding van het B-segment naar 50% wordt door de toevoeging van dit additionele beheersingsinstrumentarium een betrekkelijk risicoloze operatie als het gaat om de macrobudgettaire beheersbaarheid.
- In 2011 zal van extra kosten die te maken hebben met volume-uitbreidingen overigens praktisch al vrijwel geen sprake meer kunnen zijn vanwege het in paragraaf 3.2 en paragraaf 3.3 beschreven overgangsregime, dat de instellingsinkomsten min of meer vast zet.

¹ Op dit moment bestaat weliswaar de mogelijkheid om in het B-segment een prijsbeheersingsinstrument (PBI) in te zetten (in de vorm van maximumtarieven), maar deze PBI-tarieven mogen in beginsel niet beneden kostendekkend niveau worden vastgesteld, waardoor de potentiële opbrengst van de inzet van een PBI gelimiteerd is, en de budgettaire effecten van een te hoge volumegroei er – in elk geval op termijn – mogelijk niet adequaat mee kunnen worden beheerd. Als de PBI-tarieven hun laagst acceptabele niveau hebben bereikt, rest er op dat moment geen enkel compensatiemechanisme meer in geval van macrobudgettaire overschrijdingen die het gevolg zijn van een te hoge volumegroei.

Ik verwijs in dit verband overigens ook nog graag naar hetgeen ik in paragraaf 3.4 al opschreef. De daar genoemde maatregelen zullen de mogelijkheden en prikkels tot volumebeheersing onder het systeem van prestatiebekostiging ten opzichte van de huidige situatie versterken. Dit maakt de kans op overschrijdingen kleiner, terwijl het interventiemechanisme voor de compensatie van overschrijdingen van het macrokader intact blijft.

5. Aanpassingen regelgeving

Voor de realisatie van het in paragraaf 2 op hoofdlijnen geschetste eindperspectief en het in paragraaf 3 beschreven overgangsmoedel moeten de WMG, Zvw, AWBZ en WBMV per 2011 worden aangepast. Daartoe zal ik begin dit jaar een wetsvoorstel naar het parlement sturen, met de volgende aanpassingen:

De WMG wordt aangevuld met:

- a. De bevoegdheid van de zorgautoriteit een vaste grens, ondergrens, bovengrens of bandbreedtegrens vast te stellen voor het totaal aan werkelijke of fictieve inkomsten of toegestane kosten van de zorgaanbieder voor een daarbij aan te geven periode;
- b. De bevoegdheid van de zorgautoriteit het verschil tussen het totaal en de grens voor de individuele zorgaanbieder vast te stellen;
- c. De bevoegdheid van de zorgautoriteit een *beschikbaarheidsbijdrage* vast te stellen (zie ook paragraaf 2.3);
- d. Het recht van de zorgaanbieder een beschikbaarheidsbijdrage rechtstreeks bij het CvZ in rekening te brengen;
- e. Een bepaling waarmee een grensoverschrijding kan worden afgeroomd door een *vereffeningbedrag* dat een ziektekostenverzekeraar in rekening kan brengen bij een zorgaanbieder;
- f. De bevoegdheid van de zorgautoriteit het vereffeningbedrag vast te stellen;
- g. Een bepaling waarmee een grensoverschrijding kan worden afgeroomd door een aanwijzing van de zorgautoriteit aan de zorgaanbieder om een bedrag van ten hoogste het overschot te storten in het Zorgverzekeringsfonds of het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten;
- h. De bevoegdheid van de zorgautoriteit (de hoogte van) deze *terugstorting* vast te stellen;
- i. De mogelijkheden om de nieuwe bevoegdheden te handhaven.

De Zvw en de Wet financiering sociale verzekeringen worden aangepast om mogelijk te maken dat zorgaanbieders kunnen storten *in* en om het CvZ in staat te stellen een beschikbaarheidsbijdrage te kunnen laten betalen *uit* het Zorgverzekeringsfonds en het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten.

De Wet bijzondere medische verrichtingen (WBMV) en de WMG worden zodanig aangepast dat de beleidsregels van de NZa binnen een systeem van prestatiebekostiging kunnen inhouden dat deze alleen van toepassing zijn voor instellingen die zijn aangewezen op grond van artikel 8 van de WBMV.

De WMG zal daarmee nog betere instrumenten bevatten om ook op langere termijn mede de macrobetaalbaarheid te blijven bewerkstelligen.

Het wetsvoorstel bevat alleen wijzigingen die noodzakelijk zijn voor een zorgvuldige invoering van prestatiebekostiging en biedt de instrumenten die het mogelijk maken om:

- a. een zorgvuldige transitie vorm te geven;
- b. de beschikbaarheid van vormen van zorg te borgen die niet met prestatiebekostiging alleen kunnen worden bekostigd;
- c. een efficiënte verrekening tussen aanbieders en verzekeraars mogelijk te maken die aansluit bij het systeem van prestatiebekostiging;
- d. de financiële houdbaarheid van het stelsel tijdens en na de transitie te bewaken (dit geldt in relatie tot alle categorieën zorgaanbieders, waaronder ziekenhuizen, medisch specialisten en zelfstandige behandelcentra).

Het wetsvoorstel is een ingekort wetsvoorstel dat in verband met de inder tijd voorgenomen introductie van maatstafconcurrentie¹ aan de Raad van State voor advies is voorgelegd. De Raad heeft daarover op 28 februari 2008 geadviseerd. De Raad stelde voor het doel (geleidelijke invoering van prestatiebekostiging) eerst via andere weg – uitbreiding B-segment zonder aanvullende maatregelen – te bereiken. Inmiddels is die weg tot het eind bewandeld en zijn voor verdere zorgvuldige invoering van prestatiebekostiging aanvullende maatregelen noodzakelijk om bovenstaande punten te kunnen realiseren. Daardoor wordt noodzakelijk de WMG alsnog in de voorgenomen zin aan te passen. Het oorspronkelijke wetsvoorstel is ontdaan van wijzigingen die niet voor prestatie-bekostiging noodzakelijk zijn.

In verband met de veranderde toepassingswijze van het wetsvoorstel, zal het voorstel opnieuw – via de Ministerraad – voor advies aan de Raad van State worden voorgelegd. Het noodzakelijke wetsvoorstel wordt daarna zo snel mogelijk aan het parlement gezonden.

Ik wil ook voor de medisch specialisten en zelfstandige behandelcentra nieuw instrumentarium invoeren ten behoeve van de macrobudgettaire uitgavenbeheersing, zoals elders in deze brief nader is toegelicht. Met het oog hierop zal ik aanvullend nog een separaat wetsvoorstel voor aanpassing van de WMG voorleggen aan de Raad van State.

6. Gevolgen voor diverse belanghebbenden

In de nu volgende paragraaf zal worden ingegaan op de gevolgen van de overstap naar prestatiebekostiging voor diverse belanghebbenden. Allereerst zullen de belangrijkste gevolgen voor de patiënt worden besproken, daarna wordt ingegaan op de gevolgen voor zorgaanbieders, verzekeraars en overige belanghebbenden.

6.1 Patiënten

Patiënten zullen voordeel ondervinden van de in deze brief genoemde maatregelen. Ten eerste omdat prestatiebekostiging een impuls zal geven aan de zorgkwaliteit. Ten tweede omdat de beschikbaarheid van patiënteninformatie als gevolg van de prestatiebekostiging (en van enkele andere in deze brief genoemde maatregelen) zal toenemen.

Door de nieuwe DBC-zorgproducten te koppelen aan de kwaliteitsindicatoren die worden ontwikkeld binnen het programma Zichtbare Zorg, kunnen de vergoedingen die zorgaanbieders en verzekeraars voor die DBC-zorgproducten afspreken, afhankelijk worden gemaakt van de zorgkwaliteit die wordt geleverd. Zorgaanbieders en verzekeraars krijgen hiermee instrumenten in handen om de zorg naar een kwalitatief hoger niveau te tillen, waar de patiënt van profiteert.

Ik ben van mening dat patiëntvriendelijke zorg samenhangt met de mogelijkheid voor patiënten om – als goed geïnformeerde partij – samen met de behandelaar weloverwogen keuzen te maken en met de mogelijkheid gefundeerd te kunnen kiezen voor de ene of de andere zorgaanbieder. In beide gevallen moeten patiënten zich kunnen baseren op adequate, heldere, toegankelijke en tijdige informatie over onder meer de inhoud en de kwaliteit van de zorg. De overstap naar prestatiebekostiging draagt hieraan bij. Instellingen zullen door de genoemde koppeling tussen kwaliteit en bekostiging een sterke stimulans ondervinden om hun prestaties op het gebied van kwaliteit inzichtelijk te maken. Verder zal via bestaande (of nog te ontwikkelen) behandelstandaarden en/of -richtlijnen ook voor patiënten begrijpelijk en inzichtelijk worden gemaakt wat zij ten minste

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2006–2007, 29 248, nr. 37.

aan zorg mogen en kunnen verwachten. Door daarnaast de praktijkvariatie tussen zorgaanbieders inzichtelijk te maken (zie paragraaf 3.4), krijgen niet alleen zorgaanbieders en verzekeraars, maar ook cliënten en hun organisaties beter zicht op eventuele onnodige zorg en op eventuele onderbehandeling, waardoor zij – beter dan nu – sturend kunnen gaan optreden.

6.2 Zorgaanbieders

Algemene ziekenhuizen, UMC's en medisch specialisten

Algemene ziekenhuizen, Universitair Medische Centra (UMC's) en medisch specialisten zijn de belangrijkste spelers binnen de medisch-specialistische zorg.

Het in de paragrafen 3.2 en 3.3 beschreven overgangsmodel zal zowel op de algemene ziekenhuizen als op de UMC's van toepassing zijn. Daarbij zullen voor hen identieke uitgangspunten gaan gelden (bijvoorbeeld voor wat betreft de hoogte van het «garantiepercentage», zie paragraaf 3.3).

Voor wat betreft de kapitaallasten verdient de positie van de UMC's op deze plek nog bijzondere aandacht. De ministeries van VWS en OCW hebben samen met de NFU het Convenant Decentralisatie Huisvesting Academische Ziekenhuizen (DHAZ) gesloten. Na 2013 loopt dit convenant af. Met de NFU en OCW is overeengekomen dat herijking van het DHAZ – in samenhang met de reguliere kapitaallastenvergoeding – door VWS en OCW noodzakelijk is om de (extra) kapitaallasten voor de publieke functies van UMC's vast te stellen. UMC's leveren naast basispatiëntenzorg ook publieke functies op o.a. het gebied van onderwijs, opleidingen, onderzoek en ontwikkeling en topreferente zorg (zie ook paragraaf 2.3). De NZa adviseert VWS voor de aanwending van het DHAZ-kader en de toekenning van aanvullende middelen voor de publieke functies hernieuwde meerjarenafspraken te maken met de NFU. Hierin kunnen volgens de NZa onder andere de geplande investeringen van de UMC's worden vastgelegd. Ik ben voornemens deze nieuwe meerjarenafspraken te gaan maken. Aan de invulling van de hernieuwde meerjarenafspraken voor de publieke taken van UMC's zal in 2010 verder invulling worden gegeven.

Het overgangstraject en het eindmodel voor de medisch specialisten zijn respectievelijk in paragraaf 2.5 en in paragraaf 3.5 besproken.

Zelfstandige Behandelcentra (ZBC's)

ZBC's worden op dit moment al volledig op basis van DBC's bekostigd, terwijl het overgangsmodel primair bedoeld is om de overgang van budget- naar prestatiebekostiging geleidelijk te laten verlopen. Vanuit dat uitgangspunt kies ik ervoor om ZBC's in beginsel niet onder het overgangsmodel te brengen. Keerzijde van deze keuze is echter dat de afwijkende regulering van ziekenhuizen ten opzichte van ZBC's – gedurende de overgangsfase – nog blijft bestaan (en ook betrekking krijgt op het B-segment), waardoor ziekenhuizen – net als nu – een prikkel kunnen ervaren om ZBC's op te richten. De NZa noemt als mogelijke (gedeeltelijke) oplossing hiervoor om het overgangsmodel aan te laten grijpen op het niveau van ziekenhuisconcerns. Op deze manier zouden ZBC's die aan ziekenhuizen zijn gelieerd (dat wil zeggen: waarin ziekenhuizen een meerderheidsaandeel hebben) toch onder het overgangsmodel gebracht kunnen worden. Ik wil dit idee van de NZa overnemen. De ongelijke situatie die tussen ZBC's en ziekenhuizen bestaat wordt hiermee echter niet helemaal weggenomen. Ik zie hierin een extra argument om het overgangsmodel zo snel als mogelijk te beëindigen (zodat die ongelijke situatie zo snel mogelijk wordt beëindigd) en teken daarbij aan dat het verplaatsen van zorg naar ZBC's in 2011 voor verzekeraars niet aantrekkelijk zal zijn vanwege het feit dat zorginstellingen sterke inkomstengaranties krijgen, die – ook bij weglek van productie naar ZBC's – door indivi-

duale verzekeraars zullen moeten worden betaald. Dit vermindert – gedurende de werking van het overgangsmodel – de competitiedruk voor ziekenhuizen.

Overigens wil ik – zoals al vermeld – het in paragraaf 3.1 genoemde macrobudgettaire compensatie-instrumentarium ook van toepassing laten zijn op ZBC's zodat ook op dit punt een gelijk speelveld met de ziekenhuizen ontstaat.

Categorale instellingen

Voor wat betreft de categorale zorginstellingen volg ik het advies van de NZa. Dat betekent dat ik per 2011 prestatiebekostiging wil invoeren (onder het overgangsmodel) voor instellingen voor audiologie, dialyse, radiotherapie en revalidatie. Ik ben voornemens daarbij dezelfde uitgangspunten te laten gelden (looptijd en afbouw) als voor overige zorgaanbieders, maar wil – voordat ik de NZa daartoe een aanwijzing geef – eerst nog de betreffende instellingen consulteren. De budgetten voor epilepsie- en long-astma centra wil ik in elk geval in 2011 nog handhaven.

6.3 Verzekeraars

De wijzigingen in de ziekenhuisbekostiging hebben vanzelfsprekend ook gevolgen voor verzekeraars. Er wordt toegewerkt naar een situatie van prestatiebekostiging waarin individuele verzekeraars in zowel het vrije als het gereguleerde segment gaan onderhandelen met ziekenhuizen over prestaties en prijzen, net zoals nu in het B-segment. Dit geeft verzekeraars meer ruimte om een eigen inkoopbeleid vorm te geven lettende op prijs en kwaliteit. Hierbij moet wel rekening worden gehouden met het feit dat er nog geen ervaring is opgebouwd met de inkoop van DBC-zorgproducten onder DOT.

De overstap van budget- naar prestatiebekostiging op basis van DOT zal leiden tot schadelastverschuivingen bij verzekeraars. Voor de berekeningen van de normbedragen, in het kader van de risicoverevening tussen verzekeraars, is het nodig om rekening te houden met deze schadelastverschuivingen. Voor 2011 worden gegevens over 2008 gebruikt. Deze declaraties uit 2008 moeten representatief worden gemaakt voor de berekeningen betreffende het jaar 2011. Ik zal gaan onderzoeken of er ten behoeve daarvan een kwantitatieve inschatting gemaakt kan worden van de genoemde schadelastverschuivingen. Daarnaast zal ik bekijken hoe een inschatting van de gevolgen voor verzekeraars kan worden gemaakt van de andere wijzigingen in de bekostiging, zoals de introductie van het vaste segment en van add-ons voor bepaalde geneesmiddelen.

Het overgangsmodel voor ziekenhuizen leidt ertoe dat de financiële effecten van de overstap van budget- naar prestatiebekostiging tijdelijk worden gedempt voor de zorgaanbieders. Als achteraf blijkt dat een ziekenhuis te veel of te weinig heeft ontvangen, dan moet het ziekenhuis dit bedrag terugbetalen dan wel terugontvangen. Dit houdt in dat de feitelijke kosten voor verzekeraars achteraf anders – lager of hoger – kunnen blijken te zijn dan de oorspronkelijk gedeclareerde DBC-omzet, net zoals nu het geval is (Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 29 248, nr. 78). De schadelast van verzekeraars moet gecorrigeerd worden met de mate van onder- of overschrijding van de inkomstenbegrenzing die zorgaanbieders onder het overgangsmodel krijgen. Voor verzekeraars heeft het overgangsmodel dus ook gevolgen. Een transitie-model voor zorgaanbieders moet ook bij verzekeraars leiden tot het mitigeren van de risico's. De wijze van verrekening van de over- of onderschrijdingen en de mate van risico-dragendheid voor verzekeraars worden de komende tijd verder uitgewerkt.

6.4 Overig

Met het verdwijnen van de ziekenhuisbudgetten komt ook een einde aan de bekostiging van een aantal eenpitters, c.q. aanbieders van specifieke voorzieningen en samenwerkingsverbanden. In de afgelopen periode is stilgestaan bij de vraag hoe de bekostiging van deze aanbieders vorm kan krijgen en welke partijen daarbij verantwoordelijk zijn. De precieze invulling hiervan zal de komende tijd voor het Referentiecentrum Weefseltypeering, de Integrale Kankercentra, Stichting Sanquin Bloedvoorziening, en de Begeleidingscommissie Hartchirurgie Nederland nog nader door mij worden uitgewerkt. De Landelijke Neonatologie Registratie is opgegaan in de Perinatale Registratie Nederland, die momenteel reeds een subsidie ontvangt.

7. Gevolgen voor de publieke belangen

In deze laatste paragraaf sta ik graag nog stil bij de gevolgen van deze hele operatie voor de publieke belangen in de ziekenhuiszorg: de betaalbaarheid, de kwaliteit en de toegankelijkheid. Ik kom in dit verband terug op de thematiek die ik aan het begin van deze brief al aansneed: ik zie de overstap van de budget- naar de prestatiebekostiging als een essentieel onderdeel van een productiviteitsagenda, waarvan de uitvoering noodzakelijk is om de zorg ook over 10, 20 en 30 jaar nog betaalbaar, toegankelijk en van goede kwaliteit te laten zijn. Zonder een verbetering van de productiviteit van de ziekenhuiszorg – niet door zorgprofessionals harder te laten werken, maar wel door de organisatie van de zorg anders in te richten – zal het verwachte tekort aan zorgpersoneel niet alleen de kans op wachtlijsten doen toenemen, maar ook tot (fors) hogere (loon)kosten kunnen leiden en in het uiterste geval zelfs een afnemende veiligheid tot gevolg kunnen hebben in verband met de toegenomen werkdruk en deels onervaren personeel. Alleen bij een duidelijke productiviteitsverbetering kunnen deze problemen worden voorkomen of verzacht.

De overstap naar prestatiebekostiging is in dat licht noodzakelijk. Het huidige budgetsysteem bevat onvoldoende prikkels om die productiviteitsverbetering te realiseren. Het systeem beloont het uitvoeren van medische verrichtingen, maar bevat geen prikkels tot een doelmatige substitutie van arbeid en kapitaal. Het model van prestatiebekostiging dat ik in deze brief voorstel, biedt deze prikkels tot productiviteitsverbetering wel en bevat daarnaast – ten opzichte van de huidige situatie – ook meer prikkels en mogelijkheden om te sturen op het volume.

Met name de volgende elementen dragen bij aan een betere productiviteit en volumebeheersing en daarmee een betere betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg:

- (1) Binnen het model van prestatiebekostiging zullen niet langer losse budgetparameters (zoals aantallen verpleegdagen en eerste polikliniekbezoeken) en (semi-)vaste vergoedingen voor ziekenhuiscapaciteit de basis vormen voor de bekostiging, maar (integrale) DBC's. Hierdoor zal niet langer het aanbod leidend zijn voor de bekostiging, maar de vraag (de gediagnosticeerde behoeften van de patiënt en de integrale behandeling die daar bij hoort) en ontstaan prikkels tot doelmatige substitutie tussen arbeid en kapitaal binnen het ziekenhuis. Die substitutie draagt ook bij aan de kwaliteit van de zorg.

Om die substitutie ook daadwerkelijk te kunnen laten plaatsvinden is het ook belangrijk dat instellingen voldoende toegang hebben tot de kapitaalmarkt, zodat zij daadwerkelijk arbeidsbesparende en kwaliteitsverhogende investeringen kunnen doen. Dit vraagt om een adequate

overgangsregeling voor de kapitaalasten. Zoals al vermeld (zie paragraaf 3.6), zal ik de Tweede Kamer de contouren van die overgangsregeling nog in januari 2010 toezenden.

- (2) De opname van de specialistenhonoraria als integraal deel van de DBC-tarieven (gekoppeld aan de integratie van de kaders van ziekenhuizen en medisch specialisten) en de versterking van de positie van ziekenhuisbesturen in de relatie tot de medisch specialist zullen voor verzekeraars en zorgaanbieders de mogelijkheden vergroten om de volumegroei van de medisch-specialistische zorg te beheersen (en zullen ook de prikkel tot doelmatige substitutie tussen arbeid en kapitaal in het ziekenhuis verder versterken).
- (3) Door de invoering van de prestatiebekostiging neemt de invloed van individuele verzekeraars op de zorginkoop toe, wat de deur opent naar verdere afbouw van de ex post compensaties in de risicoverevening, ook in het A-segment. Hierdoor zullen verzekeraars ook met betrekking tot de zorg die nu onder het A-segment valt meer prikkels gaan onderkennen om goed zorg in te kopen en te sturen op prijs, kwaliteit en volume. Ook dit zal gunstige effecten hebben op de productiviteit van ziekenhuizen.
- (4) De invoering van DOT beperkt de mogelijkheden tot zogenaamde «upcoding»¹ en geeft verzekeraars een betere basis om effectief te kunnen onderhandelen. De – ten opzichte van de huidige situatie – grotere medische herkenbaarheid van de DBC-zorgproducten onder DOT stimuleert de samenhang binnen het zorgaanbod.
- (5) (6) en (7) Het verruimen van de mogelijkheid om degressieve DBC-tarieven te gebruiken (door de introductie van maximumtarieven in het A-segment), de parallelle ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren en richtlijnen om over- en onderbehandeling tegen te gaan, en de ontwikkeling van benchmarks door de NZa, zorgen ervoor dat beter zichtbaar wordt wat er gebeurt in de zorg en geven verzekeraars en zorgaanbieders – ten opzichte van de huidige situatie – meer effectieve mogelijkheden om daadwerkelijk te sturen op de prijs, op de kwaliteit en op de volumes.
In de nu volgende paragrafen worden de gevolgen van de in deze brief genoemde maatregelen voor elk van de publieke belangen afzonderlijk, toegelicht en onderbouwd. Daarbij ga ik allereerst in op de te verwachten gevolgen van de maatregelen voor het niveau en de beheersbaarheid van de zorguitgaven (de betaalbaarheid), en daarna sta ik specifiek stil bij de te verwachten gevolgen voor respectievelijk de kwaliteit en de toegankelijkheid.

7.1 Betaalbaarheid

Van de uitbreiding van het B-segment en van de invoering van prestatiebekostiging in het A-segment van de ziekenhuiszorg verwacht ik een drukkend effect op het uitgavenniveau in deze sector. Deze verwachting heb ik ook aan het CPB meegedeeld in het kader van de invulling van houdbaarheidsmaatregelen in de curatieve zorg.

De ervaringen in het B-segment zijn over het algemeen positief. Uit de NZa-monitors ziekenhuiszorg van de afgelopen jaren kwam onder andere naar voren dat de kostenontwikkeling in het B-segment gunstig is. Op basis van deze ontwikkelingen is door het kabinet de inschatting gemaakt dat de uitbreiding van het B-segment tot 50% en de invoering van prestatiebekostiging in het A-segment per 2011, een besparing oplevert die met € 50 miljoen per jaar groeit. In 2018 (het achtste jaar) loopt deze besparing

¹ Onder DOT nemen de mogelijkheden tot «upcoding» van DBC's af, omdat binnen DOT – anders dan nu – de te declareren DBC's via een gestandaardiseerde ICT-applicatie (de «grouper») worden afgeleid.

op tot € 400 miljoen. Als voorwaarden voor deze besparingen gelden dat de positie van ziekenhuisbestuurders ten opzichte van medisch specialisten versterkt dient te worden en dat zorgverzekeraars sterker geprikkeld dienen te worden om hun rol als zorginkoper scherper te vervullen.

In de reactie van het CPB op de kwantitatieve onderbouwing van de houdbaarheidsmaatregelen zie ik voldoende steun voor deze inschatting van de opbrengsten van prestatiebekostiging. Het CPB concludeert dat «de besparing op lange termijn waarschijnlijk in de orde van grootte van ½ mld euro ligt». Hierbij doelt het CPB op de combinatie van de maatregelen op het gebied van prestatiebekostiging (inclusief rond de ordening van de medisch specialisten) en maatregelen om verzekeraars volledig risicodragend te maken, met veel nadruk op deze laatste als voorwaarde voor het realiseren van deze opbrengsten.

Verzekeraars zullen geprikkeld moeten worden om – meer dan nu het geval is – aandacht te besteden aan de samenhang, kwaliteit en daarmee doelmatigheid van de ingekochte zorg en verschuiving van omzet naar efficiëntere ziekenhuizen te realiseren. Zoals eerder in deze brief uiteengezet, wordt aan het vervullen van deze voorwaarden op dit moment gewerkt.

Hoewel van de in deze brief genoemde maatregelen positieve effecten worden verwacht, ook door het CPB, wil ik zeker gesteld zien dat de uitgaven – ook na de overstap op prestatiebekostiging – binnen de daartoe geldende kaders blijven. Zoals al gemeld (zie paragraaf 3.1) zal ik daarom – binnen het eindmodel van de prestatiebekostiging – de terugvalmogelijkheid introduceren om, als macrobudgettaire ontwikkelingen daar ondanks de verbeterde prikkels toe noodzaken, zorgaanbieders te verplichten een overschrijding te compenseren (naar analogie van de generieke kortingen die nu onder het budgetstelsel kunnen worden gegeven). De geplande aanpassingen van de WMG (zie paragraaf 5) maken dit mogelijk. Op deze manier kan – ook na de overstap op prestatiebekostiging – altijd worden teruggevallen op hetzelfde comfort dat de huidige systematiek van budgetkortingen qua macrobudgettaire compensatiemogelijkheden biedt. Tegelijkertijd zorgt de overstap van budget naar prestatiebekostiging ervoor dat de systeeminterne prikkels worden verbeterd, waarmee de kans op toekomstige overschrijdingen wordt verminderd.

Door de introductie van deze extra macrobudgettaire waarborgen in de WMG, ontstaat ook de mogelijkheid om het overgangsmodel voor de prestatiebekostiging (conform planning) zo snel als verantwoord is uit oogpunt van de financiële risico's voor ziekenhuizen, af te bouwen (zie 3.3), zonder in te boeten op macrobudgettaire compensatiemogelijkheden voor de overheid. Op die manier kan de genoemde (verbeterde) prikkelwerking, die met het systeem van prestatiebekostiging wordt beoogd, zo snel en volledig mogelijk van de grond komen. Zolang het overgangsmodel van kracht is zijn de prikkels die van het systeem uitgaan immers nog suboptimaal.

7.2 Kwaliteit

Ik verwacht dat een aantal van de in deze brief genoemde maatregelen in het bijzonder een gunstig effect zal hebben op de kwaliteit van de zorg:

- Door de koppeling van DBC-zorgproducten onder DOT aan de kwaliteitsindicatoren uit het programma Zichtbare Zorg kan de vergoeding voor DBC-zorgproducten afhankelijk worden gemaakt van de geleverde kwaliteit.
- Transparantie op het vlak van de (onverklaarbare) praktijkvariatie geeft

- belanghebbenden een instrument in handen waarmee men sturend kan optreden tegen eventuele over- of onderbehandeling.
- De verbeterde medische herkenbaarheid van DBC-zorgproducten onder DOT, stimuleert de totstandkoming van meer samenhang in het zorgaanbod.
 - Onder DOT kunnen bij uitbreiding van het B-segment naar 50% verschillende behandelingen voor vergelijkbare aandoeningen onder hetzelfde tariefregime worden geplaatst. Dit biedt meer garanties dat wat uit zorginhoudelijk oogpunt het beste is voor de patiënt, voorop staat bij de behandelkeuze.

De introductie van de prestatiebekostiging in het B-segment (per 2005) heeft tot nu toe overigens al tot meer aandacht voor kwaliteit en innovaties geleid. Door het B-segment hebben zorgaanbieders er meer belang bij gekregen om competitief en vernieuwend te zijn. Dit heeft geleid tot (proces)innovaties met gunstige ontwikkelingen als kortere behandel-tijden en doorlooptijden als gevolg. Ik verwacht dat deze ontwikkeling zich bij de brede invoering van prestatiebekostiging zal voortzetten.

7.3 Toegankelijkheid

Binnen een systeem van prestatiebekostiging zullen zorgaanbieders «loon naar werken» ontvangen. Hiervan zal een gunstig effect uitgaan op de toegankelijkheid van zorg. De trend van dalende wachttijden die zich in 2005, 2006 en 2007¹ heeft voorgedaan ondersteunt deze verwachting. Zoals aangegeven zullen de prestatieprikkels voor ziekenhuizen onder het overgangsmodel tijdelijk afnemen. Daar staat tegenover dat ik er alles aan zal doen om het overgangsmodel zo snel mogelijk af te kunnen bouwen, om te vermijden dat de productiviteit daalt en – gegeven een groeiende zorgvraag en een afnemend arbeidsaanbod – wachtlijsten zullen oplopen.

8. Afsluiting

Ik constateer dat we op de drempel staan van de laatste fase van de transitie naar een toekomstbestendige ziekenhuiszorg. Een fase die niet vrijblijvend is. Om de zorginstellingen, bovenop de verbeteringen die afgelopen jaren al zijn gerealiseerd, de verdere kwaliteitsslag te laten maken die nodig is om adequaat in te kunnen spelen op de uitdagingen die als gevolg van de vergrijzing op ons afkomen, is de omslag naar een systeem van prestatiebekostiging, zoals voorgesteld in deze brief, absoluut noodzakelijk. Deze omslag dient gekoppeld te worden aan een adequate aanpak van de kapitaallastenproblematiek van instellingen die voortvloeit uit het verleden (investerings die zijn goedgekeurd onder het oude bouwregime). Het dreigende tekort aan goed gekwalificeerd personeel in de zorg vraagt om een systeem dat aanzet tot slimmere werkwijzen en daarmee een productiviteitswinst. Juist de combinatie van prestatiebekostiging en een effectieve aanpak van de kapitaallastenproblematiek die duidelijkheid creëert voor instellingen en hun de ruimte biedt om te investeren in de toekomst (zoals op hoofdlijnen beschreven in deze brief), levert de dynamiek op die nodig is om die winst te bereiken.

De overgang naar prestatiebekostiging vraagt – zeker in het huidige economische klimaat – om een invoeringsstrategie die een adequate beheersing van risico's mogelijk maakt, zowel voor instellingen, verzekeraars en patiënten als voor de overheid. Het overgangsmodel dat in deze brief uiteen is gezet voldoet aan die vereiste, terwijl het tegelijkertijd het perspectief biedt om de laatste stappen richting prestatiebekostiging binnen een overzichtelijke termijn definitief te kunnen zetten.

¹ Het was voor de NZa niet goed mogelijk om in de Monitor Ziekenhuiszorg 2009 conclusies te verbinden aan de ontwikkeling van de wachttijden in 2008. Dit was het gevolg van de nieuwe wachttijdregistratie, die per 1 september 2008 is ingevoerd, waardoor er een trendbreuk is ontstaan. In februari 2010 zullen wachttijd cijfers over 2009 bekend zijn.

Ik besef uiteraard dat die laatste stappen van alle betrokkenen om een verstrekkende voorbereiding vragen. Het jaar 2010 moet hiervoor worden benut.

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