

## **Bijlage 1 Voortgangsrapportage DBC's**

### **Inleiding**

In de motie Van der Veen (TK 29 248, nr. 57) is mij gevraagd om minimaal een keer per halfjaar, een rapportage te zenden met daarin gegevens over de prijs- en volumeontwikkelingen in het B-segment, de stand van zaken rondom de kapitaallasten en de stand van zaken rondom de vereenvoudiging van de DBC's, opdat een zorgvuldige uitbreiding van de prestatiebekostiging kan worden geborgd. De eerste voortgangsrapportage is op 11 juni jongstleden aan de Tweede Kamer verzonden. Deze tweede voortgangsrapportage wordt als bijlage meegestuurd met de reactie op de uitvoeringstoets prestatiebekostiging. Omdat in deze reactie uitgebreid wordt ingegaan op prestatiebekostiging zal dit niet aan de orde komen in deze voortgangsrapportage. Graag informeer ik u met deze brief over de voortgang en besluitvorming op de overige onderwerpen. In de eerste paragraaf zal ik ingaan op de ontwikkelingen in het B-segment. Daarna licht ik in paragraaf 2 de stand van zaken toe over de invoering van de nieuwe productstructuur. In paragraaf 3 ga ik in op de keten DBC's. Vervolgens zal ik in paragraaf 4 ingaan op het advies van de NZa over het B-segment 2011. In paragraaf 5 zal de overheveling van de somatische revalidatiezorg aan bod komen. In paragraaf 6 ga ik in op de stand van zaken bij de medisch specialisten. Tot besluit ga in de laatste paragraaf in op enkele specifieke onderwerpen zoals innovaties en DBC's, categorale instellingen en informatie over wachttijden.

### **1. Ervaringen in het B-segment**

In 2009 is het B-segment uitgebreid naar circa 34%. In de vorige voortgangsrapportage heb ik stilgestaan bij het moeilijk op gang komen van de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De vertraging van de onderhandelingen in 2009 had twee oorzaken: het onderhandelen over lokale schoningsprijzen maakte het onderhandelen over het B-segment moeilijker. Daarnaast was er nog onduidelijkheid over de toepassing van de beleidsregel inzake de overgangsmaatregel kapitaallasten. Als gevolg hiervan was in het voorjaar van 2009 pas voor een klein gedeelte van de zorg een contract gesloten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. In juni heeft de NZa een prijsupdate uitgebracht waaruit bleek dat voor circa 15% van de omzet in het B-segment een contract was gesloten. Uit de prijsupdate bleek dat er geen indicatie was om te veronderstellen dat de prijzen in het B-segment sterk zijn gestegen, maar vanwege de geringe omvang van het aandeel afgesloten contracten kon de NZa hierop nog geen voorspellingen doen voor de prijsontwikkeling over 2009.

Eind oktober heeft de NZa een advies uitgebracht over het B-segment. Hierbij was ook een overzicht toegevoegd met de prijsupdate per 1 oktober 2009. Dit advies is op 3 november jongstleden aan de Tweede Kamer verstuurd. De NZa heeft per 1 oktober 2009 opnieuw contractprijzen bij zorgverzekeraars opgevraagd. Uit deze gegevens blijkt dat toen voor circa 72% van de zorg contracten waren afgesloten. Dit is vergelijkbaar met het aandeel afgesloten contracten in het najaar van 2008.

Uit de cijfers komt een gematigd positief beeld naar voren. De B-tranche 2005 laat in 2009 een lichte stijging zien van (gecorrigeerd voor inflatie) 0,5%. Eveneens gecorrigeerd voor inflatie laat de tranche 2008 in 2009 een lichte prijsstijging zien van 0,3%. Dit is niet zo gunstig als de prijsontwikkeling van 2008, toen er zelfs sprake was van een prijsdaling van (gecorrigeerd voor inflatie) 1,4%. Een mogelijke verklaring die de NZa geeft is dat na de flinke prijsdaling van 2008, zorgaanbieders een hogere risicomarge afdwingen. Dit effect lijkt ook in eerdere jaren zichtbaar. Omdat het B-segment in 2009 is uitgebreid naar circa 34% kunnen we voor de laatste uitbreiding – oftewel de DBC's in de tranche 2009 – de prijzen niet goed vergelijken met 2008. Er is voor deze DBC's namelijk geen sprake van een ontwikkeling van de prijzen, maar van een opslag of afslag op de schoningsprijzen. Voor de tranche 2009 is er sprake van een opslag van 1,2%. Vergeleken met de opslag die bij de eerdere tranches in het eerste onderhandelingsjaar gold, ligt deze opslag lager. Bij de uitbreiding in 2008 lag deze bijvoorbeeld nog op 1,9%.

Hoewel het vergelijken van het B-segment met het A-segment lastig is, lijkt de prijsontwikkeling in het B-segment (in 2009 nominaal<sup>1</sup> 1,5% voor de tranche 2005 en 1,3% voor de tranche 2008) gunstig ten opzichte van het A-segment (gecorrigeerd voor budgetkortingen nominaal 2,6%). In februari zal de NZa een nieuwe rapportage uitbrengen waarin de prijs- en volumeontwikkelingen, kwaliteit en toegankelijkheid in onderlinge samenhang worden gezien.

## **2. Invoering nieuwe DOT-producten**

De ervaringen die in de afgelopen jaren zijn opgedaan met het huidige DBC systeem hebben geleid tot een aantal verbeterpunten. Deze verbeterpunten zijn aangedragen door het veld en verwerkt in het plan "DBC's op weg naar Transparantie (DOT)". In het nieuwe DBC-systeem worden de huidige DBC's, waarvan er momenteel zo'n 30.000 in gebruik zijn, vervangen door circa 3.000 DBC-zorgproducten. Deze zorgproducten zijn beter medisch herkenbaar, uniform en kosten- en werklathomogeen.

Zoals gemeld in de brief van 9 april 2009 over de invoering van DOT-zorgproducten zullen de ziekenhuizen voorbereidende stappen zetten voor de invoering van DOT per 2011. Ziekenhuizen zijn al vanaf 1 juni 2009 gestart met het registreren op basis van de nieuwe productstructuur. De nieuwe zorgactiviteitentabel waarmee de nieuwe producten kunnen worden geregistreerd is met succes ingevoerd. Op deze manier kan de productstructuur in praktijk worden getoetst en kunnen er inschattingen gemaakt worden van de financiële effecten. Om de financiële effecten voor zorgaanbieders en de schadelast voor verzekeraars in te kunnen schatten zullen er begin 2010 concepttarieven uitgeleverd worden aan het veld. Diverse partijen hebben na het nader bestuderen verbetervoorstellen gedaan op de productstructuur. Deze voorstellen zijn bekeken door DBC Onderhoud en getoetst aan de opgestelde criteria. Met het veld is

---

<sup>1</sup> Dat wil zeggen: ongecorrigeerd voor inflatie

overeenstemming over de invulling van de productstructuur per 2011. De planning is dat de NZa per 1 juli 2010 het hele pakket vaststelt en vervolgens aan het veld wordt uitgeleverd zodat medisch specialisten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars voldoende tijd hebben om zich voor te bereiden op de invoering van DOT.

In de motie Zijlstra (Tweede Kamer 2009-2010, 32 123 XVI, nr 48) over de "financiële doorvertaling van extra zorg voor kinderen" verzoekt de Tweede Kamer de regering te onderzoeken onder welke voorwaarden de extra zorg en aandacht voor kinderen in financiële zin kan worden vertaald in de DBC-structuur en de Tweede Kamer hierover zo spoedig mogelijk te informeren.

In het DBC-systeem (ook in het verbeterde systeem DOT) wordt rekening gehouden met het feit dat behandeling van kinderen soms arbeids- en kostenintensiever is. Daarom zijn er specifieke DBC's voor kindergeneeskunde (zorg geleverd door een kinderarts) en aanvullend specifieke DBC's voor kinderen voor de behandeling van neurologische aandoeningen bij kinderen. Soms zijn naast deze kinderarts ook andere artsen betrokken bij de behandeling zoals bijvoorbeeld een chirurg. Deze artsen kunnen bijvoorbeeld in het geval van een blinde darmoperatie een afzonderlijke DBC declareren voor de operatie.

Ik neem deze motie ter harte. Niet voor niets heb ik afspraken gemaakt met het veld over de DOT productstructuur, zoals die zal zijn per 2011. De DOT productstructuur kan op brede steun van de sector rekenen. De DOT productstructuur staat daarmee niet voor altijd vast, maar zal samen met het veld verder worden ontwikkeld. Ten behoeve hiervan heb ik DBC-Onderhoud gevraagd samen met de sector een doorontwikkelagenda ten aanzien van de productstructuur op te stellen. Ook de verdere ontwikkeling van zorgproducten voor kindergeneeskunde zijn hierbij aan de orde. Daarmee hoop ik adequaat invulling te geven aan de intenties van de motie die door de Tweede Kamer is aangenomen.

### **3. Keten DBC's**

Vanaf 1 januari 2010 is het mogelijk voor diabetes en cardiovasculair risico management ketenzorg contracten af te sluiten op basis van de zorgstandaarden voor beide aandoeningen. Het zijn de eerste multidisciplinaire zorgproducten waarbij de zorg wordt gecontracteerd door een hoofdcontractant en een zorgverzekeraar met een prijs en daarbij ook kwaliteitsafspraken. In de zorgstandaard is de zorg functioneel beschreven. De zorg wordt geleverd door een multidisciplinair team van zorgverleners waaronder huisartsen, paramedici en medisch specialisten. De keten DBC omvat de zorg vanaf diagnose tot het moment dat zorg dermate complex is dat de zorg conform standaarden en richtlijnen medisch specialistische regie vereist. Dit wil niet zeggen dat de ketens 'van de huisarts zijn': ook medisch specialisten kunnen ketens aanbieden, en voor met name aandoeningen als COPD en Hartfalen

(waarvan de integrale bekostiging mogelijk wordt zodra de zorgstandaard is afgerond) is specialistische participatie essentieel.

Zorg uit een ketenzorgprogramma mag in principe niet voor dezelfde patiënt ook via een ziekenhuis-DBC worden gedeclareerd. Voor een patiënt in een ketenzorgprogramma Diabetes of COPD, wordt een ziekenhuis niet geacht een (enkelvoudige) poliklinische DBC Diabetes of COPD te openen. Andersom geldt dit ook: als een patiënt langdurige begeleiding vanuit het ziekenhuis behoeft, waarvoor een poliklinische DBC Diabetes of COPD is geopend, kan tegelijkertijd geen keten-DBC voor dezelfde aandoening zijn geopend. Binnen de keten-DBC Diabetes geldt dat ook voor de oogheekundige screening op DRP. De incidentele medisch-specialistische zorg en/of medisch-specialistische zorg voor andere aandoeningen kan wel naast de keten-DBC worden gedeclareerd. Ook oogheekundige DBC's na constatering van DRP en heekundige zorg betreffende de diabetische voet kunnen naast de keten-DBC worden gedeclareerd. Zorgaanbieder en verzekeraar moeten deze voorwaarden in hun overeenkomst opnemen.

#### **4. Advies uitbreiding B-segment 2011**

De omvang en samenstelling van het B-segment in 2011 zijn sterk verbonden met de invoering van de nieuwe zorgproducten en de keuze voor het transitie-model voor de invoering van prestatiebekostiging. Ten eerste omdat de invoering van DOT effect heeft op de samenstelling van het B-segment, ook bij een gelijkblijvende macro-omvang van circa 34%. Vanwege de invoering van DOT kan de invulling van het B-segment licht wijzigen. DBC Onderhoud heeft samen met de veldpartijen scenario's opgesteld hoe het B-segment kan worden vormgegeven onder DOT. Hierbij is het belangrijkste uitgangspunt geweest om zo veel mogelijk aan te sluiten bij het huidige B-segment. Er zijn drie scenario's uitgewerkt:

- op basis van het huidige percentage B-segment
- een B-segment van 35% vanwege een consistentieslag
- een scenario voor uitbreiding naar 50%.

De NZa heeft deze scenario's beoordeeld.

De NZa concludeert dat het scenario van 35% een minder consistente invulling kent dan het scenario 50%. Daarnaast is de NZa van mening dat een zeer kleine uitbreiding van het huidige B-segment naar 35% als een te kleine stap wordt gezien in relatie tot de bijbehorende administratieve lasten. Het scenario op basis van het huidige percentage B-segment is vanwege de technische invulling geen wenselijke optie. Indien de aanvullende marktevaluaties dit scenario eventueel onoverkomelijk zouden maken, dan zou een alternatieve invulling noodzakelijk kunnen zijn. De NZa merkt op dat het 50% scenario zorgt voor een op hoofdlijnen consequente invulling van het B-segment. Hiermee wordt voorkomen dat verschillende behandelmodaliteiten en/of behandelopties voor vergelijkbare aandoeningen onder een verschillend bekostigingsregime vallen, waaruit ongewenste financiële prikkels uit kunnen resulteren. Daarnaast acht de NZa het wenselijk om het B-segment zo snel als verantwoord verder uit te breiden en twee

opeenvolgende grote wijzigingen te voorkomen. Het invoeren van DOT in 2011 en het uitbreiden van het B-segment in 2012 zou veel meer uitvoeringslasten met zich meebrengen voor het veld en de overheid, dan wanneer in 2011 zowel DOT wordt ingevoerd als het B-segment uitgebreid.

De NZa adviseert om het B-segment naar 50% uit te breiden per 2011. Hierbij stelt de NZa wel de harde randvoorwaarde dat om de schoningsproblematiek te voorkomen, uitbreiding van het B-segment naar 50% alleen mogelijk is als het B-segment onder het overgangsmodel wordt geplaatst dat de NZa voorstelt om de overgang van budget- naar prestatiebekostiging in de ziekenhuiszorg mee te faciliteren. Ook de positieve ontwikkelingen die zichtbaar zijn in de markt en die staan beschreven in de eerste paragraaf van deze voortgangsrapportage bieden de ruimte voor uitbreiding van het B-segment.

Zoals ik in paragraaf 4 van het kabinetsstandpunt heb aangegeven, ben ik voornemens het advies van de NZa over te nemen. 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. Gelet op de motie Van der Veen c.s. 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 nieuwe informatie van de NZa. In februari 2010 wordt door de NZa de eerstvolgende nieuwe informatie over de ziekenhuiszorg gepubliceerd waarin de ontwikkelingen in het B-segment voor wat betreft betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid in onderlinge samenhang worden gezien.

## **5. Somatische revalidatiezorg**

Op 10 februari 2009 (CZ/FBI-2902931) heb ik u geïnformeerd over de overheveling van de somatische revalidatiezorg uit de AWBZ naar de Zvw. Doel van de overheveling is om een impuls te geven aan de kwaliteit van de revalidatiezorg voor kwetsbare, veelal oudere personen met multimorbiditeit door de zorg in een keten te organiseren. Als randvoorwaarden gelden dat de overheveling budgetneutraal geschiedt en dat in het gehele traject zorgvuldigheid boven snelheid gaat.

In mei 2009 (25 mei, CZ/FBI-2930405) heb ik u op de hoogte gesteld van de voorbereidende stappen die nodig zijn voor de overheveling van de somatische revalidatiezorg uit de AWBZ naar de Zvw. Belangrijke aspecten zijn de afbakening van de over te hevelen zorg, het tijdstip van de overheveling, het tijdstip van DBC-invoering en het meenemen van de kwaliteitsaspect

Recent heb ik met partijen overlegd over deze onderdelen. Wat de afbakening van de over te hevelen zorg betreft, hebben we gezamenlijk geconcludeerd dat de recent ingevoerde ZZP-bekostigingssystematiek in de V&V sector een goede basis

biedt voor definiëring. Het blijkt dat ZZP-9 (herstel gerichte behandeling met verpleging en verzorging) en de somatische revalidatiezorg elkaar bijna geheel dekken. Daarnaast wordt ook de revalidatie in dagbehandeling overgeheveld. Deze afbakening is onder meer van belang om inzicht te krijgen in het volume en de kosten van de over te hevelen zorg.

De revalidatiegerelateerde thuiszorg wordt vooralsnog niet meegenomen in de overheveling, omdat geen gegevens voorhanden zijn over aard en omvang van deze zorg. De mogelijkheid en wenselijkheid van overheveling kan daardoor niet worden vastgesteld. Die gegevens moeten eerst worden verzameld. Het onderzoek van het CIZ naar extramurale cliëntprofielen blijkt daarvoor minder geschikt dan eerder ingeschat. Ik beraad mij op stappen om deze gegevens in 2010 alsnog te verzamelen.

Wat betreft het tijdstip van overheveling van de somatische revalidatiezorg uit de AWBZ naar de Zvw, ben ik met partijen overeengekomen dat de overheveling per 1-1-2012 zal plaatsvinden. Mogelijkheden om te versnellen zijn er niet. Dit zou ten koste gaan van de zorgvuldigheid.

Nadat de somatische revalidatiezorg uit de AWBZ naar de Zvw is overgeheveld, kan worden overgegaan op DBC-invoering. De Stichting DBC-Onderhoud heeft mij desgevraagd geadviseerd dat de bestaande systematiek van revalidatie-DBC's (die door de revalidatiecentra worden gebruikt) met een aantal aanpassingen goed te gebruiken is als basis voor de somatische revalidatiezorg.

Met partijen is overeengekomen dat de overgang naar DBC-bekostiging per 2013 plaatsvindt. Eerder is niet mogelijk. Reden is dat het opstellen van DBC's een lange voorbereidingstijd vergt, waarbinnen onder andere nieuwe ICT-applicaties moeten worden ontworpen en ingevoerd bij de zorgaanbieders, en instellingen de nieuwe zorgproducten gedurende een jaar moeten gaan registreren.

In de periode tussen 2012 en 2013, dus als de somatische revalidatiezorg onder de Zvw is gebracht, zal de financiering door de zorgverzekeraars op basis van de oude bekostigingssystematiek plaatsvinden.

Verder is toegezegd dat de inbreng van zorgaanbieders, cliëntorganisaties, medische beroepsgroepen en zorgverzekeraars gericht op kwaliteitsverbetering van de somatische revalidatiezorg bij de ontwikkeling van de DBC's zal worden meegenomen. Primair doel van de overheveling is immers dat een impuls wordt gegeven aan de kwaliteit van de revalidatiezorg.

In het algemeen overleg met de Tweede Kamer van 28 mei jl heb ik naar aanleiding van een vraag van mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) toegezegd om u najaar 2009 te informeren over de vraag of en zo ja, hoe zorgpaden ook voor de GGZ kunnen worden ontwikkeld. Zoals ik u ook al tijdens het overleg heb gemeld lopen er op dit moment in de GGZ een groot aantal verandertrajecten, zowel ten aanzien van de zorginhoud als de

bekostiging van de GGZ. Een nieuw traject rond zorgpaden past daar niet goed in. Voor de curatieve GGZ is zo'n traject zelfs overbodig: deze curatieve GGZ is immers al overgeheveld naar de zorgverzekeringswet en de problemen van de somatische revalidatiezorg rond steeds wisselende financieringsstromen spelen daar dus niet (meer) want de zorg wordt geheel uit de Zvw bekostigd. Voor de deels AWBZ-gefinancierde GGZ-care kunnen zorgpaden naar mijn mening mogelijk wel een oplossing vormen voor een (klein) deel van de soms voorkomende bekostigingsproblemen op het snijvlak van WMO, AWBZ en Zvw. Gezien alle andere trajecten die nu lopen rond de structuur en bekostiging van de GGZ-care lijkt mij een nieuw, doorkruisend traject rond zorgpaden op dit moment niet wenselijk. Voor de langere termijn-discussie over de positionering van de GGZ-care in het zorgstelsel neem ik zorgpaden als mogelijke oplossingsrichting voor bekostigingsproblemen in de GGZ-care uiteraard mee in mijn overwegingen.

## **6. Medisch specialisten**

Bij brief van 8 juni 2009 (CZ/TSZ-2934125) heb ik u geïnformeerd over het feit dat er sprake is van een overschrijding bij de medisch specialisten. Zonder maatregelen zou deze overschrijding in 2008 en 2009 zich in 2010 en opvolgende jaren doorzetten.

Voor 2008 en 2009 is het niet mogelijk de overschrijding met terugwerkende kracht terug te halen. Hierover heb ik u op 5 oktober 2009 (CZ/TSZ2952926) per brief geïnformeerd.

Voor 2010 heb ik wel maatregelen genomen. Op basis van toen beschikbare informatie heb ik de NZa in de zomer van 2009 een aanwijzing gegeven om voor € 375 miljoen tariefsmaatregelen te treffen. Voor zover de oorzaken van de overschrijding specifiek te benoemen zijn, heb ik de NZa verzocht specifieke maatregelen te nemen. Voor zover de oorzaak van de overschrijding niet specifiek te benoemen is, heb ik de NZa gevraagd generieke maatregelen te nemen. Het maatregelenpakket zoals de NZa dat per 9 november jongsleden heeft vastgesteld behelst een specifieke herijking van de ondersteunerscompensatie en een generieke neerwaartse bijstelling van het tarief.

Uit de meest recente cijfers van het CVZ (oktober) blijkt dat de overschrijding van de voor vrijgevestigd medisch specialisten beschikbare middelen over 2008 van € 375 miljoen is opgelopen tot € 512 miljoen. Deze overschrijding is volgens dezelfde methodiek vastgesteld als de eerder genoemde € 375 miljoen. Op 14 december 2009 heb ik aan de Eerste en Tweede Kamer maatregelen voorgesteld om ook deze aanvullende overschrijding te redresseren.

Gelet op de mondiale financieel-economische situatie heb ik u op 8 juni jl. tevens geïnformeerd over mijn voornemen om voor 2010 de indexering voor vrije beroepsbeoefenaren in de zorg op nul te stellen. Ik heb de NZa gevraagd ook deze maatregel in de tarieven te verwerken.

Voor 2011 en verder benoem ik in de brief over prestatiebekostiging, waarbij ik deze voortgangsrapportage als bijlage meestuur, enkele uitgangspunten die ik ter verbetering van de bekostiging van medisch specialisten wil hanteren. Verbetering is nodig om te voorkomen dat er in de toekomst weer overschrijdingen voorkomen bij de medisch specialisten. Maar ook om de prikkels in het bekostigingssysteem voor ziekenhuizen en medisch specialisten gelijkgerichter te maken.

Zoals is aangekondigd zal met de Wcz het bestuur van het ziekenhuis primair verantwoordelijk zijn voor kwaliteit en veiligheid van zorg. Het bestuur richt daar zijn organisatie en bedrijfsvoering dan ook op in. Zo benoemt het bestuur uit zijn midden een portefeuillehouder voor de kwaliteit van zorg, spreekt medische professionals aan op geleverde zorg en stelt deze in staat zich te verantwoorden.

## **7. Overige onderwerpen**

### **7.1 Innovatie**

Sinds juni jl. zijn er 5 nieuwe aanvragen voor innovatieve DBC's bij DBC-Onderhoud binnengekomen. Het voortraject wordt binnen de gestelde termijn van zes maanden afgerond, mits de aanvrager tijdig voorziet in alle benodigde informatie om de quick scan te verrichten. In een enkel geval is dat niet gelukt.

Onder de NZa beleidsregel innovatie (cure en care) voor het verkrijgen van een tijdelijke betaaltitel om zogenaamde 'experimenten' te contracteren, lopen inmiddels 254 experimenten. Na november 2008 zijn voor de cure 33 experimenten en voor de care 74 gestart. In januari 2009 zal de NZa de evaluatierapporten van de experimenten aan mij presenteren en de NZa beleidsregel opleveren.

Daarnaast is op 24 juni 2009 het gezamenlijk verwijsportaal rondom zorginnovaties, de ZorgInnovatieWijzer, van ZonMw, de NZa en het CVZ gelanceerd. Op dit moment wordt door de ZorgInnovatieWijzer gewerkt aan de rapportage ZorgInnovatieWijzer. Deze zal zij medio januari presenteren. In de rapportage zal beschreven worden hoeveel en wat voor cases de wijzer behandeld heeft en welke kansen, belemmeringen en hiaten de ZorgInnovatieWijzer geïdentificeerd heeft met betrekking tot de eigen innovatieregelingen. Vragen die sinds de opening zijn gesteld variëren van hoog complexe casuïstiek tot verwijzing naar een regeling, procedure, of organisatie. Van 24 juni tot en met oktober 2009 zijn er 128 vragen gesteld, waarvan 35 vragen met raakvlakken aan DBC's en de verschillende beleidsregels gericht op zorginnovatie van de NZa, zoals de beleidsregel Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties, Nationaal programma ouderenzorg en Ketenzorg dementie.

### **7.2 Categoriele instellingen**

In de vorige voortgangsrapportage is reeds gemeld dat de invoering van DBC's voor de zelfstandige dialysecentra, radiotherapeutische instellingen, audiologische



centra, en algemene revalidatie-instellingen is afgerond. Doordat voor deze sectoren in een later stadium DBC's zijn ontwikkeld bestaat het risico dat de productstructuur en de tarieven minder stabiel zijn. Toch is de verwachting dat deze sectoren kunnen overgaan op prestatiebekostiging. De NZa adviseert om per 2011 voor audiologie, dialyse, radiotherapie en revalidatie prestatiebekostiging in te voeren, onder hetzelfde overgangsregime dat voor de algemene ziekenhuizen van kracht is. Ik overweeg dit advies te volgen en daarbij voor het overgangsmodel 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 epilepsiecentra en astmacentra/longrevalidatie-instellingen beschikken nog niet over (stabiele) DBC's. Uit een onderzoek naar de tarieven voor Epilepsie DBC's kwam naar voren dat de overgang naar DBC bekostiging de financiële positie van beide epilepsie-instellingen in gevaar zou brengen. Dit heeft voor een belangrijk deel te maken met het feit dat de producten nog niet goed aansluiten op het veranderde zorgaanbod. Om tot goede epilepsie DBC's te komen wordt een verbetertraject in gang gezet dat naar verwachting pas na 2011 gereed zal zijn. De longastma DBC's zijn nog in ontwikkeling en ook niet voor 2011 gereed. Wel is hier sprake van een innovatief ontwikkeltraject. De budgetten voor epilepsie- en long-astma centra wil ik in elk geval nog in 2011 handhaven.

### **7.3 Informatie over de gerealiseerde wachttijden**

De wachttijdinformatie wordt iedere maand rechtstreeks van de websites van ziekenhuizen verzameld door het onderzoeksbureau MediQuest. MediQuest levert rapportages aan de NZa. Ziekenhuizen bepalen zelf hun wachttijden en publiceren deze op hun website volgens de landelijke definitie. Ik heb u toegezegd tijdens het wetgevingsoverleg over de financiële verantwoording 2007 om te onderzoeken of en hoe we systematisch de daadwerkelijke gerealiseerde wachttijden in de ziekenhuizen kunnen meten. Ik ben nagegaan of het mogelijk was deze informatie uit de het DBC-Informatie Systeem (DIS) te onttrekken is. Het is helaas niet mogelijk gebleken om betrouwbare informatie over de gerealiseerde wachttijden uit DBC-informatie te destilleren. Ik heb er echter vertrouwen in dat ziekenhuizen met de huidige methodiek betrouwbare wachttijdinformatie publiceren. Niet alleen zijn zij dit verplicht volgens de regelgeving van de NZa (CI/NR-100.084), er zijn mij ook geen signalen bekend die dat vertrouwen ondermijnen.