

Vergaderjaar 2010–2011

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

Nr. 216

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 15 juli 2011

Op 14 maart 2011 heb ik uw Kamer de brief «Zorg die loont» (TK 2010–2011, 32 620, nr. 6) toegestuurd, inzake mijn plannen om per 2012 prestatiebekostiging in te voeren bij de gebudgetteerde en begrotingsgefinancierde instellingen voor medische specialistische en andere curatieve zorg¹. Onderdeel van deze brief is mijn voornemen om een macrobeheersinstrument te hanteren op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG). In het Algemeen overleg van 6 april jongstleden heb ik toegezegd over het macrobeheersinstrument een afzonderlijke voorhangbrief te zenden (Kamerstukken II 2010/11, 29 248, nr. 206). Met deze brief informeer ik uw Kamer over de wijze waarop ik voornemens ben uitvoering te geven aan het macrobeheersinstrument. Het macrobeheersinstrument is een toepassing van het instrument begrenzing zoals dat is opgenomen in het wetsvoorstel Aanvulling instrumenten bekostiging WMG (Kamerstukken II, 32 393). Het macrobeheersinstrument kan niet eerder worden gehanteerd dan nadat het wetsvoorstel tot wet is verheven en in werking is getreden.

Mijn voornemen is om op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) een aanwijzing te geven aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om de in deze brief gepresenteerde beleidslijn uit te werken in beleidsregels en regels. Conform artikel 8 van de WMG informeer ik u over de zakelijke inhoud daarvan. Overeenkomstig genoemd artikel zal tot het geven van deze aanwijzing niet eerder worden overgegaan dan nadat dertig dagen, met in achtneming van het reces, zijn verstreken na verzending van deze brief. Van de vaststelling van de aanwijzing zal ik mededeling doen in de Staatscourant.

De toepassing van het macrobeheersinstrument is gekoppeld aan de invoering van prestatiebekostiging bij eerder bedoelde instellingen.

¹ Aalgemene en categorale ziekenhuizen (inclusief long/astmacentra), academische ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra, epilepsie-inrichtingen, instellingen voor revalidatie, radiotherapeutische centra en dialysecentra, trombosediensten, centra voor erfelijkheidsonderzoek, laboratoria en audiologische centra. Aan de opsomming kan nog worden toegevoegd vergelijkbare instellingen of instellingen die taken uitvoeren voor bedoelde instellingen. Dat zal een mineure aanvulling zijn.

In deze brief zet ik eerst uiteen wat de aanleiding en het doel van het macrobeheersinstrument (hierna: mbi) zijn. Vervolgens geef ik kort de kern van de werking van het instrument weer. De verschillende aspecten van het mbi zal ik vervolgens nader toelichten:

- Beschikbaar macrokader
- Gerealiseerde uitgaven
- Relatie mbi met transitie­model en overgangs­regeling kapitaallasten
- Bepalen overschrijding en afdracht
- Mbi en differentiatie

Aanleiding en doel macrobeheersinstrument

De overstap van budgetbekostiging naar prestatiebekostiging van curatieve instellingen is een belangrijk instrument om zorgaanbieders de ruimte te geven en te prikkelen om de zorgverlening en de logistieke processen bij die zorgaanbieders zo goed mogelijk in te richten. Prestatiebekostiging bevordert onder andere het inzicht in kosten en uitkomsten. Daarmee kan prestatiebekostiging gecombineerd met het versterken van de prikkels bij verzekeraars bijdragen aan het verhogen van de kwaliteit en financiële houdbaarheid van de curatieve zorg.

Mocht er bij de instellingen desondanks sprake blijken van overschrijdingen in de komende jaren, dan zal ik die in beginsel redresseren via het nieuwe mbi. Dit instrument is voor mij een wezenlijk onderdeel in mijn beleid om de prestatiebekostiging verantwoord in te kunnen voeren. Het kabinet wil de overheidsfinanciën weer gezond maken. Onder meer door de vergrijzing is een beheerste ontwikkeling van de zorguitgaven een harde noodzaak.

Differentiieren

Het voornemen is het mbi generiek toe te passen. Tijdens het VAO op 14 april 2011 is de motie van de leden Mulder, Smilde en Gerbrands aangenomen, die de regering verzoekt te bezien of een verfijnder alternatief instrument dan het (generieke) mbi mogelijk is en, zo ja, het mbi op dat moment daardoor te vervangen (Kamerstukken II 2010/2011 29 248, nr. 193). Mede naar aanleiding van de motie Mulder ben ik onder andere in gesprek met veldpartijen. Hieromtrent informeer ik uw Kamer na de zomer.

Kern werking mbi-systeem

De werking van het mbi is stapsgewijs en op hoofdlijnen als volgt:

- Voor jaar t wordt in een aanwijzing van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aan de NZa een macrokader voor instellingen voor medisch specialistische en andere curatieve zorg vastgesteld. De sector dient als geheel binnen dat macrokader te blijven;
- De uitgaven aan zorg bij deze instellingen over jaar t worden na afloop van jaar t vastgesteld en door de minister van VWS afgezet tegen dit macrobudgettair kader;
- Indien de uitgaven aan zorg het kader overschrijden wordt de overschrijding in beginsel door de NZa generiek verrekend over alle instellingen, tenzij de overschrijding op andere wijze wordt gecompenseerd;
- Daarbij wordt door de NZa gekeken naar de uitgaven aan zorg geleverd door een individuele instelling als aandeel van die instelling in de totale uitgaven aan geleverde zorg door alle instellingen samen.

- De NZa stuurt een beschikking naar de individuele instellingen. De instellingen dragen het bedrag van de beschikking af aan het Zorgverzekeringsfonds.

In de volgende paragrafen wordt een toelichting gegeven op elk van de geschetste stappen. Overigens kan het mbi ook worden ingezet voor een periode korter of langer dan een jaar, welke periode zich ook over jaargrenzen kan uitstrekken. Dat maakt voor de systematiek niets uit. In deze voorhangbrief ga ik echter uit van een kalenderjaar.

Beschikbaar macrokader

De minister van VWS stelt jaarlijks, voor het aankomende jaar, één macrokader voor de instellingen van medisch specialistische en andere curatieve zorg vast (hierna: macrokader medisch specialistische zorg). Het beschikbare macrokader medisch specialistische en andere curatieve zorg is afgeleid van de raming van het Centraal Planbureau voor de collectieve zorguitgaven. Dit is het totaalbedrag dat beschikbaar is voor zorg geleverd door de volgende instellingen: algemene en categorale ziekenhuizen (inclusief long/astmacentra), academische ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra, epilepsie-inrichtingen, instellingen voor revalidatie, radiotherapeutische centra en dialysecentra, trombosediensten, centra voor erfelijkheidsonderzoek, laboratoria en audiologische centra.

Het beschikbare bedrag heeft betrekking op het totaal van de uitgaven toe te rekenen aan het A-segment (na verrekening van het transitiebedrag), de overige trajecten en de overige producten en het B-segment, inclusief intramurale dure- en weesgeneesmiddelen, IC en kapitaallasten, exclusief de honoraria van vrijgevestigd medisch specialisten. De honoraria van specialisten in loondienst zijn wel onderdeel van het macrokader medisch specialistische zorg.

De beschikbaarheidsbijdragen worden in het kader van het mbi niet meegenomen. De toekenning van een beschikbaarheidsbijdrage vindt plaats na beoordeling van kosten door de NZa. Om deze reden zal zorg die op basis van beschikbaarheidsbijdrage worden gefinancierd van het macrobeheersinstrument worden uitgezonderd. Een aantal van de beschikbaarheidsbijdragen is naar verwachting wel onderdeel van het in de aanwijzing aan de NZa op te nemen macrobedrag voor de eerdergenoemde instellingen. Bij toepassing van het mbi dienen zowel de uitgaven in 2012 als het beschikbare kader hiervoor te worden gecorrigeerd.

Het totale beschikbare bedrag heeft enkel betrekking op verzekerde zorg waarop in jaar t aanspraak bestaat ingevolge een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Bij het bepalen van het beschikbare macrokader wordt rekening gehouden met eventuele wijzigingen in dat basispakket.

Het beschikbare macrokader medisch specialistische zorg is een totaal beschikbaar bedrag, inclusief toegestane volumegroei (hierna: groei-ruimte) en exclusief de loon- en prijsbijstelling voor jaar t. De loon- en prijsbijstelling over jaar t wordt in beginsel bepaald in jaar t en verwerkt in het beschikbare kader.

Op dit moment vinden er gesprekken plaats met de veldpartijen over onder andere de beschikbare middelen voor de komende jaren. Over de uitkomsten hiervan worden de Eerste en Tweede Kamer geïnformeerd.

Gerealiseerde uitgaven

Na afloop van jaar t dient te worden bepaald wat de realisatie is geweest van uitgaven aan zorg, geleverd door instellingen die vallen onder het beschikbare macrokader medisch specialistische zorg. Het bepalen van de realisatie heeft betrekking op het totaal van de uitgaven A-segment, overige trajecten en overige producten en B-segment, inclusief add-ons dure geneesmiddelen en IC, kapitaallasten en de honoraria van specialisten in loondienst. De honoraria van vrijgevestigd medisch specialisten worden niet meegenomen in het bepalen van de realisatie, aangezien deze honoraria onderdeel zijn van het beheersmodel medisch specialisten¹. Voor de jaren van het transitiemodel, zoals beschreven in de brief «Zorg die loont», worden de uitgaven bepaald na verrekening van het transitiebedrag. De beschikbaarheidsbijdragen worden vanwege hiervoor aangegeven redenen in het kader van het mbi niet meegenomen bij het bepalen van de totale uitgaven.

Mbi en Transitiemodel

In de brief «Zorg die loont» is aangegeven dat er voor 2013 en 2014 een transitiemodel wordt ingezet, om de risico's voor de overgang van het functiegerichte budget van het huidige A-segment naar prestatiebekostiging beheersbaar te houden. Op basis van de consultatie van de NZa van de audiologische centra is voor deze centra een transitietermijn van drie jaren aangewezen om volledig over te gaan op prestatiebekostiging. In het transitiemodel wordt een eenmalige koppeling gelegd tussen de omzet van het («oude») A-segment van een ziekenhuis onder prestatiebekostiging en de omzet die een ziekenhuis bij gelijke productie over dat segmentdeel zou realiseren onder de bestaande ziekenhuisbudgetsystematiek. Bij de audiologische centra gaat het om een eenmalige koppeling tussen de omzet van de centra onder prestatiebekostiging en de omzet die een audiologisch centrum bij gelijke productie zou realiseren onder de bestaande bekostiging op basis van de begroting van dat centrum. Het verschil tussen deze twee grootheden, het transitiebedrag (kan positief of negatief zijn), wordt met inachtneming van een verrekenpercentage² aan de instelling uitgekeerd dan wel afgeroomd. Aangezien het transitiemodel nog voor een aanzienlijk deel de A-segmentomzet van een ziekenhuis bepaalt gedurende de transitieperiode of begrotingsdeel bij audiologische centra, zal het transitiebedrag worden meegenomen in het bepalen van de totale uitgaven die worden getoetst aan het macrokader binnen het mbi. Dit houdt concreet in dat eerst de macro-uitgaven worden bepaald. Vervolgens wordt het bedrag van de macro-uitgaven gecorrigeerd voor het totaal van de transitiebedragen. Dit gecorrigeerde bedrag wordt afgezet tegen het macrokader om te toetsen of er een overschrijding is.

Mbi en Kapitaallasten

Naast dit algemene transitiemodel bestaat er een specifieke overgangsregeling kapitaallasten. Zie hiervoor de brieven inzake kapitaallasten aan de Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal, het op grond van die brieven gevoerde parlementaire overleg en de op 2 juli 2010 gegeven aanwijzing³. De overgangsregeling kent een suppletie toe als de kapitaallastenvergoeding onder prestatiebekostiging lager is dan een garantiepercentage van de kapitaallastenvergoeding onder de bestaande budgetsystematiek. Het voornemen is om de overgangsregeling kapitaallasten niet onder het mbi te laten vallen, aangezien de overgangsregeling kapitaallasten een garantieregeling is. Concreet betekent dit dat eerst de totale uitgaven worden bepaald, inclusief het transitiebedrag, en daarna het mbi (indien nodig) wordt ingezet. Als laatste wordt de overgangsregeling

¹ Zie onder andere brief «Nadere uitwerking voorhang beheersmodel medisch specialisten» (TK 29 248, nr. 170).

² 95% in 2013, 70% in 2014.

³ Aanwijzing kapitaallasten 2010 Staatscourant 2010, 10 255, van 2 juli 2010.

kapitaallasten toegepast. Van de overgangsregeling kapitaallasten kan niet worden afgeweken.

Bepalen overschrijding

De totale uitgaven aan zorg door bedoelde instellingen voor jaar t worden afgezet tegen de beschikbare middelen van jaar t, zoals die bepaald zijn in de aanwijzing aan de NZa. In het geval van een overschrijding van het vastgestelde macrokader vindt door middel van het mbi de macroverrekening over de instellingen plaats. VWS stuurt hiertoe een bericht naar de NZa waarin de hoogte van de geconstateerde overschrijding is vermeld. De NZa berekent de bedragen die de individuele instellingen moeten afdragen aan het Zorgverzekeringsfonds. De NZa geeft daartoe een individuele beschikking aan de individuele instellingen. De instellingen moeten vervolgens uiterlijk binnen een door de NZa te stellen redelijke termijn na het afgeven van de individuele beschikking het aan die instellingen toegerekende deel van de macro-overschrijding afdragen aan het Zorgverzekeringsfonds.

Mbi en differentiatie

In mijn brief «Zorg die loont» staat aangegeven dat bij een eventuele toepassing van het mbi het te heffen bedrag generiek wordt verdeeld, op basis van het marktaandeel. Het mbi werkt wat dat betreft dan hetzelfde als de tot op heden gebruikte FB-kortingen bij de ziekenhuizen, die ook op basis van marktaandeel plaatsvindt. Ik heb deze lijn herhaald in het AO van 6 april 2011 (Kamerstukken II 2010/11, 29 248, nr. 206). Tijdens het VAO op 14 april 2011 is de motie Mulder c.s. aangenomen, die de regering verzoekt te bezien of een verfijnder alternatief instrument dan het (generieke) mbi mogelijk is en, zo ja, het mbi op dat moment daardoor te vervangen.

De mogelijkheden tot een verfijnder instrument zijn de afgelopen tijd onderzocht, waarbij ook het veld gevraagd is met werkbare alternatieven te komen. Werkbare alternatieven zijn nog niet gevonden. Onderzochte alternatieven voor een generieke toepassing kunnen als nadeel hebben dat deze de dynamiek in de markt verstoren. Dit zou bijvoorbeeld het geval kunnen zijn wanneer gekozen wordt voor een korting op basis van omzetgroei. Dit kan ten onrechte instellingen treffen die vanwege goede prestaties groei realiseren.

Vooralsnog luidt de conclusie dat het toepassen van een generiek macrobeheersinstrument het meeste recht doet aan het systeem dat ik voor ogen heb met de invoering van prestatiebekostiging zoals dat in mijn brief «Zorg die loont» is beschreven. Met een generieke toedeling krijgen alle onder het mbi vallende instellingen¹ eenzelfde procentuele verrekening in het geval van een overschrijding. Hierdoor blijven individuele instellingen geprikkeld om in de markt groei te realiseren. De relatieve positie van instellingen blijft in stand. In de jaren van het transitieproces wordt het marktaandeel van een individuele instelling voor de toepassing van het mbi bepaald na verrekening van het transitiebedrag.

Naar aanleiding van de motie Mulder c.s. wil ik de mogelijkheid tot differentiëren nogmaals bezien en ben ik daarover onder andere in gesprek met veldpartijen. Hieromtrent informeer ik uw Kamer na de zomer. Dat heb ik ook tijdens de plenaire behandeling op 16 juni 2011 in de Tweede Kamer van het wetsvoorstel AIBWMG toegezegd.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. I. Schippers

¹ Algemene en categorale ziekenhuizen (inclusief long/astmacentra), academische ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra, epilepsie-inrichtingen, instellingen voor revalidatie, radiotherapeutische centra en dialysecentra, trombosediensten, centra voor erfelijkheidsonderzoek, laboratoria en audiologische centra.