

Vastgesteld februari 2010

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor reactie voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over zijn voornemen om een aanwijzing te geven aan de NZa voor de uitwerking van het in zijn aan de Kamer geschetste bekostigings-systeem in beleidsregels, neergelegd in zijn brief Waardering voor Betere Zorg IV van 19 januari 2010 (29 248, nr. 109).

De op 12 februari 2010 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de minister bij brief van verschaft reactie hieronder afgedrukt.

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de voornemens van het kabinet om in 2011 prestatiebekostiging in te voeren. Zij achten het gewenst dat de ziekenhuisfinanciering nu eenduidig wordt en niet langer gedomineerd wordt door 2 verschillende financieringsystemen. Prestatiebekostiging stelt de ziekenhuizen in staat helder weer te geven welke zorg ze bieden en tegen welke prijs. Wat er gedaan wordt, wordt betaald, dus ook kwaliteit in de zorg moet daarmee beter zichtbaar worden. We zien hier al iets van terug bij de zorg die nu in het B-segment zit. Verzekeraars maken steeds meer afspraken op basis van prestatie-indicatoren van beroepsgroepen bij de inkoopcontracten. De minister ziet een verband tussen betere zorg en minder kosten. Kan de minister aangeven hoe de prestatiebekostiging hieraan een bijdrage kan leveren? Kan hij ook aangeven dat met de voorgenomen maatregelen de samenhang in de zorg bevorderd kan worden?

Met het kabinet zijn de leden van de CDA-fractie van mening dat de overgang naar gehele prestatiebekostiging zorgvuldig moet gebeuren. Zij steunen het voornemen voor een overgangsmaatregel. Daarnaast is het van belang dat de ziekenhuiszorg niet ongebreideld groeit. Dat zou onverantwoord zijn. Prestatiebekostiging kent in essentie een open eind financiering en het is de taak van de overheid om de zorgkosten beheersbaar te houden. De leden van de CDA-fractie steunen dan ook de invoering van het macro-budgettaire compensatie instrumentarium. In de brief van 19 januari jl. zet het kabinet zijn plannen uiteen.

Genoemde leden hebben ook met belangstelling kennisgenomen van de kabinetsplannen om het B-segment uit te breiden van 34% naar 50% in 2011, mits dat verantwoord is. In april komt daarover meer duidelijkheid. Deze leden zijn tevreden over de zorgvuldigheidseisen die de minister heeft aangegeven: In april een besluit over het al of niet doorgaan op basis van het NZa advies en in oktober een definitief go/no go moment, als duidelijk wordt dat de prestatiebekostiging (niet) zorgvuldig kan worden ingevoerd. Als het niet zorgvuldig kan worden ingevoerd, blijft de uitbreiding van het B-segment achterwege. De leden van de CDA-fractie kunnen zich hierin vinden en hebben de volgende vragen.

In het *gereguleerde segment* gaat het om declarabele zorgprestaties die niet geschikt zijn voor vrije prijsvorming, bijv. zorg waarbij sprake is van een relatief geconcentreerd zorgaanbod met hoge toetredingsdrempels, bijv. vallend onder de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen. Is het hiertoe beperkt? Daarnaast gaat het om DOT-zorgproducten die op termijn naar het vrije segment zouden kunnen, maar i.v.m. het verantwoord beheersen van risico's eerst in dit segment vallen. Wat bepaalt dat deze in dit segment thuishoren?

De derde categorie is zorg die tot een te grote kosten spreiding per DBC zou leiden. Deze kosten kunnen worden gedeclareerd op basis via zogenaamde add-ons (bijv. dure geneesmiddelen en weesgeneeskunde). Komt in theorie elk type zorgproduct uit dit segment in aanmerking voor overheveling naar het vrije segment? Is m.a.w. het gereguleerde segment de «wachtkamer» voor het vrije segment of zijn hier ook zorgproducten die onder een gereguleerd systeem zullen blijven vallen. Kan de minister van elk van deze 3 typen een aantal voorbeelden geven?

In het vaste segment is sprake van een lijst met zorg die onderworpen zijn aan een geheel vaste prijs zijn gebonden en een drietal onderwerpen die deels een vaste prijs kennen, nl. spoedeisende eerste hulp, traumazorg en brandwondenzorg. Kan de minister aangeven wat wel en wat niet een vaste prijs zal kennen, en welke criteria hiervoor gehanteerd zullen worden? Aanbod van spoedeisende eerste hulp komt alleen in aanmerking voor vaste bekostiging voor zover dat aanbod noodzakelijk is om deze functies beschikbaar te houden. De minister wijst daarbij naar de 45-minutennorm. Is dat de enige voorwaarde? Kan de minister nauwkeurriger omschrijven onder welke omstandigheden aanbod van spoedeisende eerste hulp voor de beschikbaarheidsvergoeding in aanmerking komt? Wordt jaarlijks vastgesteld wat onder de vrije prijs valt? De minister vindt het wenselijk toe te werken naar een situatie waarin de vergoeding van medische specialisten overgelaten wordt aan afspraken tussen zorgverzekeraars, ziekenhuis en medische specialisten. Kan de minister hiervoor een tijdplan schetsen? Aan welke voorwaarden moet worden voldaan om dit te realiseren?

Om de budgettaire kaders beheersbaar te houden stelt de regering ook maatregelen voor met betrekking tot de medisch specialisten. De leden van de CDA-fractie steunen dit uitgangspunt. Deze leden zijn met de regering van mening dat productiviteitsverlies en ontstaan van wachtlijsten moet worden voorkomen. In de brief geeft de minister aan dat gedurende het overgangsmoedel gedifferentieerd kan worden tussen de diverse maatschappen en individuele medisch specialisten. Geldt deze differentiatie niet binnen de prestatiebekostiging en het macrobudgettaire compensatie-instrumentarium?

De leden van de CDA-fractie constateren terugkijkend over de jaren van de werking van het B-segment er sprake is van overwegend positieve ontwikkelingen, ondanks het feit dat nog niet alle gegevens bekend zijn. Dat is positief, want juist in het vrije segment staat de overheid meer op afstand en kunnen zorgverzekeraar en zorgaanbieder afspraken op maat maken, waarbij meer kan worden ingespeeld op de zorgvraag. Zij menen dat met de komst van het nieuwe DOT systeem en de prestatiebekostiging uitbreiding van het B-segment naar 50% goed te verdedigen is. Er is meer ruimte voor een grotere «bundeling» van behandelingen binnen hetzelfde prijsregiem. Met de toename van de vrije prijzen neemt ook het risico van volumeoverschrijdingen toe, zo realiseren de leden van de CDA-fractie zich. Daarom steunen ze ook de macrobudgettaire waarborgen die de minister gaat introduceren. De ontwikkeling van de prijzen zijn altijd vrij snel in beeld, die van de volumeontwikkeling duurt langer. Een principebesluit in april, na advies van de NZa en een definitief go/no-go besluit in oktober voldoet aan de zorgvuldigheidseisen, zoals de CDA-fractie die ziet.

De leden van de CDA-fractie steunen de kabinetsvoornemens, maar stellen hoge eisen aan de zorgvuldige uitwerking van de plannen, want dat bepaalt het succes. In dat kader een laatste vraag over de positie van de NZa. De NZa krijgt veel werk te verrichten de komende maanden om een verantwoorde invoering van de prestatiebekostiging mogelijk te maken. Kan de minister aangeven of er voldoende capaciteit is bij de

Zorgautoriteit (kwalitatief en kwantitatief) om naast alle taken, deze voorbereiding tot een goed einde te brengen?

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de fractie van de PvdA hebben met belangstelling kennis genomen van de brief «Waardering voor betere zorg IV», waarin de regering het voornemen uitspreekt de NZa aanwijzing te geven het geschetste bekostigingssysteem in beleidsregels uit te werken. Alhoewel de leden van de fractie van de PvdA de noodzaak van een nieuw bekostigingssysteem steunen, hebben zij nog enkele vragen.

De NZa Ziekenhuismonitor 2009 werd gepubliceerd in mei, de NZa Ziekenhuismonitor 2008 in juli. Wat is de reden dat de Ziekenhuismonitor 2010 dan al in februari van hetzelfde jaar kan worden uitgegeven? Wat is het verschil (qua gegevens) tussen de monitor van 2010 en de monitor van 2008 en 2009? De regering geeft aan dat «voor zover beschikbaar op volumeontwikkeling wordt ingegaan». Welke gegevens over 2009 zijn in februari 2010 dan nog niet beschikbaar? Wat is de betrouwbaarheid van deze monitor? Is de NZa in staat op basis van die beperkte gegevens de nieuwe bekostigingsstructuur nauwkeurig in beleidsregels uit te werken?

In de brief houdt de minister enkele slagen om de arm ten aanzien van de invoering van de nieuwe bekostigingsstructuur in 2011. De NZa moet daarom een alternatief systeem achter de hand houden. Wordt hiermee de «oude» structuur uit 2010 bedoeld, waarbij gebruik wordt gemaakt van de DBC systematiek? Zou deze systematiek dan, indien niet wordt overgegaan op prestatiebekostiging, op basis van de laatste gegevens voor 2011 worden geactualiseerd? Hoe wordt gegarandeerd dat in 2011 niet opnieuw een overfinanciering van 1 miljard zal voorkomen?

Hoe kan worden gegarandeerd dat de DOT systematiek voldoende verbetering levert ten opzichte van het DBC systeem, afgezien van het kleinere aantal zorgproducten?

De minister expliciteert de zorgtypes die onder het vrije, gereguleerde en vaste segment komen te vallen. Hebben de leden van de fractie van de PvdA goed begrepen dat het vaste segment onder andere de beschikbaarheidstoeslag, de toeslag voor de SEH, en de toeslag voor de verloskundige zorg behelzen? Valt een toeslag voor wetenschappelijk onderwijs ook onder het vaste segment, de academische component?

Wie bepaalt wat als add on wordt vergoed? Welke verschillen zijn er tussen add on regels en huidige regels ten aanzien van dure resp. weesgeneesmiddelen, zowel wat betreft de kostenontwikkeling, kostenbeheersbaarheid en werkwijze als wat betreft de invloed van zorgverleners, patiënten/consumenten en farmaceutische industrie?

Hoe wordt gegarandeerd voorkomen dat patiëntselectie plaatsvindt met de nieuwe DOT structuur?

In welke mate zijn er in het DOT systeem nog mogelijkheden voor «upcoding»?

Waarom geldt het tweede uitgangspunt dat onder de nieuwe productstructuur zo veel mogelijk vrij moet blijven wat hiervoor ook al onder het segment van vrije prijzen viel? Wat zou het gevolg zijn als dit uitgangspunt zou worden losgelaten, welke alternatieven zijn er dan?

Kan in voorbeelden aangegeven worden wat bedoeld wordt met «behandelingen die bij vergelijkbare aandoeningen horen onder hetzelfde tariefregime vallen»? Kan precies worden aangegeven waaruit de verkeerde prikkel bestaat en welk gevolg deze heeft? Kan worden aangegeven welke mogelijkheden er zijn om deze verkeerde prikkel tegen te gaan?

Hoe gaat de minister van VWS de regel specificeren dat een aanbieder alleen voor een beschikbaarheidsvergoeding in aanmerking komt «indien hij onvoldoende omzet genereert om de spoedeisendehulpfunctie redelijkerwijs kostendekkend in stand te houden»? Welke criteria gelden hier? Wat is onvoldoende omzet? Wat is «redelijkerwijs» kostendekkend?

De leden van de fractie van de PvdA waren in de veronderstelling dat de ontwikkeling van de DOT systematiek al gevorderd was. In de brief geeft de minister echter aan dat er in elk geval nog verder zal worden gewerkt aan de kwaliteit van de maximumtarieven, de ontwikkeling van adequate vergoedingen van zorgfuncties onder het «vaste segment», en de doorontwikkeling van de DOT productstructuur. Vier jaar na dato geeft de NZa aan dat de kwaliteit van de DBC-tarieven nu nog onvoldoende is, waardoor er een overfinanciering van 1 miljard is. In hoeverre kan de minister dan de zekerheid geven dat de DOT systematiek voldoende is uitgewerkt en het transitie-model voor 1 jaar zal gelden?

Hoe komt de berekening van de kapitaallastentoeslag per DBC zorgproduct tot stand, wat verstaat men precies onder het «gemiddelde van de werkelijke, actuele kapitaallasten» in de sector? Hoe wordt dit berekend, hoe wordt dit aan de DBC's toegevoegd, is dit uitvoerbaar? Wanneer zal de NZa de uitwerking hiervan afgerond hebben en wanneer stuurt de minister van VWS deze met de kabinetsreactie naar de Kamer?

De doorlooptijd van het onderzoek van de NZa is zodanig dat de resultaten ten aanzien van de herijking van de normtijden pas in 2012 in de DBC tarieven kunnen worden verwerkt. Hoe staat het met de correctheid van de normtijden die gebruikt worden bij de nieuwe DOT systematiek? Kunnen er weer grote verschillen tussen inkomens van verschillende specialisten komen? Of tot nieuwe overschrijdingen van het specialistenbudget leiden? Zou het een optie zijn de medisch specialisten tot de herijking van de normtijden is afgerond onder het transitie-model te laten vallen?

Welke alternatieven zijn er naast prestatiebekostiging om er voor te zorgen dat ziekenhuisprofessionals de ruimte krijgen die zij nodig hebben? Kunnen van elk van de alternatieven de voor- en nadelen worden genoemd?

De Gezondheidsraad geeft in het Briefadvies Beleid inzake WBMV de grote voordelen van deze wet aan en adviseert dat regulering door de overheid met behulp van de WBMV gereserveerd moet blijven voor «verrichtingen die zeldzaam en complex zijn, waarvoor bijzondere infrastructurele randvoorwaarden gelden en waarvoor een bovenregionale planning van de toegankelijkheid gewenst is. Ook kan het gaan om situaties waarbij de marktwerking er niet in slaagt om het vereiste volume van verrichtingen in een ziekenhuis tot stand te brengen». Het reguleren van bepaalde verrichtingen onder de WBMV is volgens de Gezondheidsraad juist een manier die bijdraagt aan een optimale kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Wat bedoelen de minister en de NZa met de opmerking dat de WBMV onder een systeem van prestatiebekostiging «op dit moment echter geen geschikte basis voor het aanwijzen van zorgaanbieders is»?

Is de regering van mening dat bij het overstappen van budget- naar prestatiebekostiging en de voorgestelde wijze waarop dit gebeurt, maximale «extra zorgvuldigheid» wordt betracht? Zo ja, waarom?

Hoe kan de genoemde extra zorgvuldigheid (blz. 3) en voldoende zekerheid (blz. 5) in acht worden genomen wanneer het veld op 1 juli 2010 het pakket krijgt uitgeleverd en vóór 1 oktober 2010 een besluit over definitieve invoering moet worden genomen over de overgang naar prestatiebekostiging? Wordt voldoende tijd in acht genomen voor zorgvuldige besluitvorming?

Wanneer wordt de NZa rapportage verwacht inzake de uitwerking van de nieuwe DOT methode en het kwantitatieve inzicht in de te verwachten financiële effecten op macroniveau in 2011? Hoe wordt de Kamer op de hoogte gehouden van de voortgang en de bijbehorende knelpunten van de DOT systematiek implementatie in het veld? Kan hierover voor 1 oktober 2010 een evaluatie naar de Kamer worden gestuurd?

De leden van de PvdA verzoeken de minister van VWS de aanwijzingen aan de NZa die voortvloeien uit de brief «Waardering voor beter zorg IV» in afschrift aan de Kamer te sturen, direct na het AO over de brief en ieder geval een maand voor de behandeling van het wetaanpassingen WMG?

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van de brief Waardering voor Beter Zorg IV. Zij hebben op basis van de brief nog wel enkele vragen en opmerkingen, welke onderstaand aan de orde worden gesteld.

De minister kondigt in de brief in feite een drietal methoden van financiering van de cure aan. Maar daarbij laat hij de nodige onzekerheden. Op dit moment moet het veld aan de slag, omdat er komend jaar het nodige geregeld moet worden. Er zijn op dit moment nog wel de nodige onzekerheden. Wat gaat de minister doen om de onzekerheden weg te nemen?

De minister rept in de brief op verschillende plaatsen over de kapitaal-lasten. Waar de minister niet over rept, is over winst die instellingen al dan niet mogen maken. Als we het risico vergroten (wat met de drie financieringsstromen gaat gebeuren), dan moet instellingen wat de VVD-fractie betreft ook vreemd vermogen aan kunnen trekken om die risico's af te kunnen dekken. Om vreemd vermogen aan te kunnen trekken moeten instellingen ook aantrekkelijk zijn en winst zou daarbij kunnen helpen. Wat is het standpunt van de minister op dit punt?

De minister rept in de brief op diverse plaatsen over de medisch specialisten. De minister gaat niet in op eventuele toekomstige structuren ten aanzien van de maatschappen. Overweegt hij bijvoorbeeld om de maatschappen via een aandelenconstructie betrokken te laten zijn bij de lange termijn beslissingen die ziekenhuizen moeten nemen?

Een belangrijke voorwaarde voor de werking van het stelsel is dat zorgverzekeraars met elkaar concurreren om de beste zorg tegen de beste prijs aan te bieden. Dit betekent dat zorgverzekeraars die het goed doen voor hun verzekerden ook het voordeel daarvan mogen ondervinden. Waarom rept de minister in de brief bij zijn eindperspectief hier niet over? En in welke richting denkt hij? En in dat verband is het ook van belang dat de nominale premie zodanig is dat het voor zorgverzekeraars interessant is om klanten te binden. Recentelijk is er de oproep geweest de premies

inkomensafhankelijk te maken. De VVD-fractie is hier fel op tegen. Hoe kijkt de minister hier tegen aan?

Ten aanzien van de wetgevingstrajecten is er onzekerheid of de minister dit tijdspad gaat halen. Vooral het tweede voorstel, de extra aanpassing voor het invoeren van het beheersingsmodel voor de medisch specialisten. Denkt de minister dat hij het gaat halen om dit voorstel op te stellen, naar de Raad van State sturen en voor 1 oktober in stemming kan laten brengen in de Kamer?

Als de deadline van 1 oktober niet wordt gehaald wordt in 2011 de situatie van 2010 voortgezet en wordt prestatiebekostiging en DOT in 2012 ingevoerd. Kan de minister garanderen dat dit inderdaad het geval zal zijn, zodat investeringen die partijen in het veld doen niet voor niets zijn?

Zorgverzekeraars hebben de plicht om uiterlijk 15 november een individueel aanbod bij hun verzekerden te hebben liggen. Volgens de planning van de minister is 1 oktober dus het uiterste moment dat de premiecalculatie begonnen kan worden. Er is dan ook nog onzekerheid of de Eerste Kamer hiermee akkoord gaat en dus is het niet zeker hoe de ziekenhuisbekostiging in 2011 er precies uit komt te zien. Heeft de minister overwogen om in het wetgevingstraject meer evaluatiemomenten op te nemen dan het «no go moment» op 1 oktober om de onzekerheid mogelijk eerder te kunnen wegnemen. Zo nee, waarom niet en is de minister hier eventueel alsnog toe bereid?

Denkt de minister dat dit tijdspad het mogelijk maakt de zorginkoop voor 2011 af te ronden voor het einde van 2010?

De voorzitter van de commissie,
Smeets

De griffier van de commissie,
Teunissen