

Vergaderjaar 2009–2010

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

Nr. 113

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 16 maart 2010

Tijdens haar procedurevergadering van 4 maart jl., heeft uw vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport besloten om de kabinetsbrief «Waardering voor betere zorg IV» van 19 januari 2010 controversieel te verklaren (kamerstuk 29 248, nr.109). In verband met dit besluit is vanuit de Tweede Kamer per brief van 5 maart jl. het verzoek aan mij gericht om de Tweede Kamer per brief te informeren over de budgettaire consequenties van dit besluit op macro-, meso- en microniveau «en welke noodzakelijke maatregelen diensgevolge genomen dienen te worden». Voorts heeft de commissie van de gelegenheid gebruik gemaakt om mij te vragen welke maatregelen, anders dan door mij voorgesteld in voornoemde brief, door mij genomen kunnen worden «om specialisten onder het ziekenhuisbudget te brengen en welke terughaalregeling ontworpen kan worden in geval van budgetoverschrijding». Met deze brief geef ik aan dat verzoek verhoor.

In de kabinetsbrief van 19 januari jl. zijn de volgende voorstellen gedaan en/ of kabinetsvoornemens geuit voor het jaar 2011 (punt 1 t/m 6), respectievelijk voor het jaar 2010 (punt 7):

1. de invoering van DOT ter vervanging van de huidige DBC-systematiek;
2. de afschaffing van de budgetbekostiging van ziekenhuizen via een overgangsmodeel;
3. het voornemen om het segment met vrije prijsvorming (het B-segment) uit te breiden naar 50%;
4. de afbouw van de expostcompensaties van verzekeraars in de periode 2011–2014, met in 2011 de afbouw van de macronacalculatie van verzekeraars 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).¹
5. de invoering van een macrobudgettaire compensatie-instrumentarium waarmee de mogelijkheid wordt gecreëerd ook na de afschaffing van de ziekenhuisbudgetten onverhoopte macrobudgettaire overschrij-

¹ Ingeval zich deze contra-indicaties voordoen kan dat invloed hebben op tempo en/of de hoogte van de afbouw.

- dingen door zorgaanbieders zelf te laten compenseren, door deze om te slaan over de omzetten van zorgaanbieders (ziekenhuizen, medisch specialisten en zelfstandige behandelcentra);
6. de invoering van een nieuw bekostigingsmodel voor de medisch specialisten, teneinde overschrijdingen bij de medisch specialisten te voorkomen.
 7. de invoering van een nieuwe overgangsregeling voor de bekostiging van de kapitaallasten van ziekenhuizen (in relatie tot het vervallen van gegarandeerde budgetvergoedingen hiervoor.)

Gelet op de demissionaire status van dit kabinet zie ik af van de eerder voorgenomen uitbreiding van de vrije prijsvorming naar 50%. Het besluit over het al dan niet nemen van nieuwe stappen op het gebied van de vrije prijsvorming zal door een volgend kabinet moeten worden genomen. Dit betekent dat de vrije prijsvorming per 2011 niet zal worden uitgebreid.

Om de ontwikkeling van de macro-uitgaven aan medisch-specialistische zorg zo goed mogelijk te kunnen beheersen, is het evenwel nodig om het nieuwe bekostigingsmodel voor medisch specialisten in te voeren alsmede het nieuwe macrobudgettaire compensatie-instrumentarium dat in «Waardering voor betere zorg IV» wordt genoemd. Dit instrumentarium grijpt aan op de totale omzet van zorgaanbieders (over het A- en B-segment gezamenlijk) en kan ook op alle aanbieders van medisch specialistische zorg worden toegepast (inclusief zelfstandige behandelcentra en medisch specialisten). Als het genoemde instrumentarium niet wordt ingevoerd zullen overschrijdingen bij de zbc's op een andere manier gecompenseerd moeten worden, bijvoorbeeld via ingrepen in het pakket of via verhoging van de eigen bijdragen. Ten aanzien van de medisch specialisten geldt dat uitstel of afstel van het voorgenomen macrobeheersingsmodel voor medisch specialisten ertoe leidt dat overschrijdingen bij medisch specialisten niet dan wel niet geheel kunnen worden voorkomen, omdat de huidige openeindefinanciering dan blijft bestaan en er geen volumebeïnvloedende maatregelen mogelijk zijn. Een begrenzing bij medisch specialisten is nodig, zodat interventies niet alleen aangrijpen op de prijs (de tarieven) maar ook het volume kunnen beïnvloeden.

Invoering van dit nieuwe macrobudgettaire compensatie-instrumentarium maakt dat handhaving van het ziekenhuisbudget (fb) geen toegevoegde waarde meer heeft voor de macrobudgettaire beheersbaarheid van de ziekenhuisuitgaven. Handhaving van de ziekenhuisbudgetten zou ziekenhuizen opzadelen met de nodeloze extra lasten van de instandhouding van een dubbele administratie (een «fb-administratie» en een DBC-administratie). Dat is zeer ongewenst. Daarnaast is het zeer onzeker of invoering van dit nieuwe instrumentarium überhaupt per 2011 haalbaar is, als het huidige systeem van ziekenhuisbudgettering blijft bestaan. Als de ziekenhuisbudgetten blijven bestaan, vereist de eventuele invoering van dergelijk instrumentarium namelijk een anders gemotiveerde aanpassing van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) dan waar tot nu toe steeds van werd uitgegaan. Dit impliceert dat dit wetsvoorstel, dat 12 februari jl. al bij de Raad van State is ingediend, eerst zal moeten worden aangepast om vervolgens opnieuw (via de Ministerraad) voor advies aan de Raad van State te worden voorgelegd. Dit maakt het zeer onzeker of in dit scenario de noodzakelijke aanpassing van de WMG tijdig (dus uiterlijk 1 januari 2011) in werking kan treden. Dit scenario is dus zeer kwetsbaar wat betreft haalbaarheid.

De instandhouding van de ziekenhuisbudgetten zou ook betekenen dat de huidige reguleringsonzekerheid over de toekomstige bekostiging van de kapitaallasten zou blijven voortbestaan. Immers, indien er geen duidelijkheid wordt verschaft over de toekomst van de huidige functiegerichte

bekostiging, blijft er ook nog geruime tijd onzekerheid bestaan over de toekomstige bekostiging van de kapitaallasten van instellingen. Als gevolg hiervan blijven in dat geval de knelpunten ten aanzien van de financiering van (nieuw)bouw van instellingen bestaan. Hierdoor komt de veiligheid en kwaliteit van de zorg in het geding.

Alles afwegende kom ik tot de conclusie dat invoering van het nieuwe bekostigingsmodel voor medisch specialisten en van het nieuwe macrobudgettaire compensatie-instrumentarium dat in «Waardering voor betere zorg IV» wordt genoemd, samen met het afschaffen van de ziekenhuisbudgetten nodig is om:

- de macrobudgettaire beheersbaarheid van de zorguitgaven zo goed mogelijk en tegen zo laag mogelijke administratieve en uitvoeringslasten te kunnen waarborgen;
 - de reguleringszekerheid te creëren die ziekenhuizen nodig hebben om zodoende ook de financierbaarheid te verbeteren.
- Mocht de Kamer mij in het bovenstaande willen volgen – en het oordeel is aan de Kamer – is het ook nodig om de DBC-structuur te herijken en over te gaan op de vernieuwde DBC's (DOT).

In het nu volgende zal ik deze afweging nog nader toelichten.

Budgettaire beheersbaarheid zbc's en medisch specialisten

De kabinetsvoorstellen uit «Waardering voor betere zorg IV» beoogden, naast het bieden van meer reguleringszekerheid aan de ziekenhuizen, ook de doelmatigheid van de zorg te verbeteren. Dit laatste in combinatie met het realiseren van meer effectieve mogelijkheden om de uitgaven te beheersen. Het kabinet stelde zich daarbij tot doel om, gelet op de overschrijdingen die zich al voor 2010 en 2011 aftekenen, open einden bij de bekostiging van de medisch-specialistische zorg tegen te gaan. Dit betreft open einden bij de bezoldiging van medisch specialisten, bij de zbc's en bij het deel van de zorg dat niet met gereguleerde tarieven werkt (en evenmin te maken heeft met de functiegerichte budgetten).

Bij de medisch specialisten zijn over 2008 bij de Najaarsnota reeds overschrijdingen genoemd van € 512 miljoen. Momenteel redresseren we deze overschrijding met een tariefskorting van € 375 miljoen (die reeds in de tarieven is verwerkt) en de aangekondigde tariefskorting van € 137 miljoen. De voorhangbrief (Kamerstukken II 2009/10, 29 248 nr 107 en nr 111) die ten doel heeft om via een tariefsmaatregel de vrijgevestigd medisch specialisten met € 137 miljoen te korten is door uw Kamer controversieel verklaard. Om de overschrijding van € 512 miljoen, conform de motie Sap en Van der Veen (Kamerstukken II 2009/10, 32 123 XVI, nr. 63) te kunnen redresseren, verzoek ik u uw standpunt wat betreft deze voorhangbrief te herzien.

Het naar analogie van de ziekenhuizen invoeren van een beheersingsinstrumentarium voor alleen het A-segment bij zelfstandige behandelcentra (zbc's) zal leiden tot veel extra administratieve en toezichtslasten. Immers, om een gelijk speelveld te creëren tussen ziekenhuizen en ZBC's zal in een dergelijk model administratief onderscheid gemaakt moeten worden tussen het gereguleerde A-segment waartoe de macrobudgettaire beheersbaarheid zich uitstrekt en het B-segment. Bovendien zal een korting die zich uitstrekt over alleen het A-segment van ZBC's – net als bij de ziekenhuizen – al snel tot gevolg hebben dat er een opwaartse druk ontstaat op de omvang van het B-segment (een ventielwerking in termen van prijs en/of volume).

Om overschrijdingen te vermijden (zie de potentiële ventielwerking) dan wel op de juiste plaats terug te halen (medisch-specialisten, zbc's) is derhalve een macro-budgettering als voorgesteld in de brief «Waardering voor betere zorg IV» van belang. Het macrobudgettaire beheersingsinstrumentarium grijpt aan op de totale DBC-omzet van instellingen. Hierdoor zou er één beheersingsinstrument van kracht worden in zowel het A- als B-segment en zouden averechtse gedragsprikkelers die het gevolg zijn van de toepassing van verschillende beheersingsinstrumenten in verschillende segmenten, verdwijnen. Daarnaast zou het niet alleen bij de ziekenhuizen, maar ook bij zelfstandige behandelcentra (zbc's) kunnen worden ingezet. Op dit moment zijn er geen goede instrumenten voorhanden om zelfstandige behandelcentra desgewenst een bijdrage te laten leveren aan de compensatie van een eventuele macro-overschrijding. Daardoor biedt dit instrument meer garanties voor een beheerste ontwikkeling van de macro-uitgaven dan het huidige budgetstelsel bij ziekenhuizen.

Toepassing van één macrobudgettaire beheersingsinstrument in zowel het A- als het B-segment, zoals voorgesteld in «Waardering voor betere zorg IV», maakt dat handhaving van het ziekenhuisbudget (fb) geen toegevoegde waarde meer heeft voor de macrobudgettaire beheersbaarheid van de ziekenhuisuitgaven en ziekenhuizen alleen zou opzadelen met de nodeloze extra lasten van de instandhouding van een dubbele administratie (een «fb-administratie» en een DBC-administratie). Dan lijkt het beter om het fb los te laten. Aangrijpingspunt voor onverhoopte macrokortingen zijn dan de inkomsten die zijn gebaseerd op DBC's met adequate kostprijzen (de DOT-structuur).

Overigens zijn de ziekenhuisbudgetten (fb) in de afgelopen jaren, in aanloop naar een nieuwe bekostigingssystematiek, beperkt onderhouden waardoor de budgetten de daarbinnen geleverde zorgprestaties niet meer altijd even adequaat reflecteren. Structureel korten op een budget dat beperkt is onderhouden kan kwetsbaar zijn met het oog op het waarborgen van de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg. Ook om die reden is een verbetering gewenst van de basis waarop de inkomsten van ziekenhuizen worden bepaald. Deze inkomsten kunnen worden gebaseerd op DBC's met adequate kostprijzen, die bovendien verzekeraars in staat stellen doelmatig in te kopen. Mocht onverhoopt toch een macrokorting noodzakelijk zijn, dan kan dat op deze (vernieuwde) inkomstenbasis plaatsvinden, zonder de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg noodloos in gevaar te brengen.

Reguleringsonzekerheid in relatie tot de kapitaallasten

Zoals ik in de brief Waardering IV heb aangegeven, lopen ziekenhuizen na de afschaffing van het zogenaamde bouwregime per 1 januari 2008 en de beëindiging van de functiegerichte budgetten risico over hun investeringen. Daarom hebben zij behoefte aan duidelijkheid over de wijze waarop zij in de dekking voor hun kapitaallasten kunnen voorzien, nu en in de toekomst.

Door een besluit te nemen over de toekomst van de ziekenhuisbekostiging kon ook duidelijkheid worden gecreëerd over de wijze waarop in de toekomst de vergoeding voor de kapitaallasten in de nieuwe DBC-tarieven zou worden verwerkt. Daarnaast was ik voornemens een generieke overgangsregeling te treffen om ziekenhuizen in de gelegenheid te stellen zich aan te passen aan de nieuwe wijze waarop de kapitaallasten zouden worden vergoed. Hiermee zou reguleringszekerheid worden geboden ten aanzien van de vergoeding voor kapitaallasten, de financierbaarheid van ziekenhuizen worden geborgd en de huidige impasse rondom de nieuw-

bouw in de sector worden doorbroken. Dit is nodig om de veiligheid en kwaliteit binnen de zorg te kunnen blijven garanderen.

De generieke regeling zou zodanig uitwerken dat alle instellingen aanspraak hebben op de regeling, maar dat de instellingen, die het meest geraakt worden door de introductie van risicodragendheid voor hun investeringen, de meeste compensatie zullen ontvangen. Het specifiek compenseren van ziekenhuizen die mogelijkwerwijs in financiële problemen komen als gevolg van het uitblijven van duidelijkheid omtrent de vergoeding voor de kapitaallasten is juridisch zeer kwetsbaar. Het is namelijk niet mogelijk aan de hand van objectieve kenmerken aan tonen dat deze ziekenhuizen onevenredig nadeel ondervinden ten opzichte van de andere ziekenhuizen. Mocht het toch wenselijk worden geacht om, al dan niet voor specifieke groepen ziekenhuizen, additionele financiële voorzieningen te treffen, dan zullen deze naar verwachting kwetsbaar zijn in het licht van de Europese staatssteunregels.

Indien de besluitvorming over de toekomst van de ziekenhuisbekostiging tot nader order wordt uitgesteld, is het niet mogelijk aan te geven hoe ziekenhuizen nu en in de toekomst in dekking voor hun kapitaallasten kunnen voorzien met als gevolg dat de huidige impasse omtrent nieuwbouw in de sector voort zal duren en de veiligheid en kwaliteit van de zorg in het geding komt.

Afsluiting

Alles afwegende kom ik tot de conclusie dat invoering van het in «Waardering voor betere zorg IV» genoemde nieuwe bekostigingsmodel voor medisch specialisten en van het nieuwe macrobudgettaire compensatie-instrumentarium nodig is, alsmede de afschaffing van de ziekenhuisbudgetten. Ten eerste om de macrobudgettaire beheersbaarheid van de zorguitgaven zo goed mogelijk en tegen zo laag mogelijke administratieve en uitvoeringslasten te kunnen waarborgen en daarnaast om de reguleringszekerheid te creëren die ziekenhuizen nodig hebben om knelpunten ten aanzien van de financierbaarheid van nieuwbouw op te lossen. Als deze stap wordt genomen is het ook nodig de DBC-structuur te herijken en over te gaan op de vernieuwde DBC's (DOT). Gelet op de demissionaire status van het kabinet zal de voorgenomen uitbreiding van het B-segment naar 50% geen doorgang vinden.

Mocht de Kamer mij in het bovenstaande willen volgen – en het oordeel is aan de Kamer – heeft dat betrekking op de volgende reeds aan de Kamer verzonden (of nog aan de Kamer te verzenden) stukken:

- de voorhangbrief «Waardering voor betere zorg IV» (TK 2009–2010, 29 248, nr. 109), inclusief de beantwoording van de kamervragen die naar aanleiding van deze brief zijn gesteld en van de vragen uit het VSO naar aanleiding van deze brief (de beantwoording van deze vragen zal in de tweede helft van maart 2010 naar de Tweede Kamer worden verzonden);
- eventueel aangevuld met de Tussenrapportage Monitor Medisch Specialistische Zorg van de NZa (TK 2009–2010, 29 248, nr. 112);
- de voorhangbrief tariefmaatregel medisch specialisten, inclusief de beantwoording van de kamervragen die naar aanleiding van deze voorhangbrief zijn gesteld (TK 2009–2010, 29 248, nr. 107 en 111);
- de voorhangbrief bekostigingsmodel medisch specialisten (uiterlijk in de tweede helft van maart 2010 aan de Tweede Kamer te verzenden);
- de brief overgangsregeling kapitaallasten (uiterlijk in de tweede helft van maart 2010 aan de Tweede Kamer te verzenden);
- het voorstel van wet aanpassing instrumenten WMG (indiening bij de Tweede Kamer medio april 2010);

- de nota van wijziging van voorstel van wet aanpassing instrumenten WMG in verband met medisch specialisten en zbc's (indiening bij de Tweede Kamer medio mei 2010).

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