

Vergaderjaar 2007–2008

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

Nr. 52

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 8 september 2008

U heeft mij verzocht om voor het algemeen overleg over de ziekenhuis-bekostiging in september criteria te formuleren op basis waarvan een prijsbeheersings- cq maatstafinstrument alsnog wordt ingezet.

Met mijn brief van 18 juli jongstleden heb ik in procedurele zin op uw verzoek gereageerd¹. In deze brief vindt u de gevraagde informatie. Vanwege de zorgvuldigheid van de afwegingen kan ik u deze brief eerst nu doen toekomen

Inleiding

In de brief «Waardering II» van 28 mei jongstleden² heb ik mijn plannen uiteengezet omtrent de bekostiging van de curatieve zorg per 2009. De kern hiervan wordt gevormd door het idee om ziekenhuizen en zorgverzekeraars meer ruimte te geven om afspraken te maken over de kwaliteit, het volume en de prijs van geleverde zorg. Het is mijn overtuiging – en ook de eerste resultaten in het B-segment wijzen daarop – dat ziekenhuizen en verzekeraars, in goed samenspel, in staat zullen blijken te zijn de dynamiek in de gezondheidszorg te vergroten en daarmee een belangrijke bijdrage leveren aan het toekomstbestendig maken van de zorg.

De geboden vrijheid dient door de veldpartijen echter waargemaakt te worden binnen de kaders die samenhangen met de publieke belangen van de gezondheidszorg, zijnde kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Met betrekking tot dat laatste aspect, de betaalbaarheid, heb ik in «Waardering II» aangegeven per 2010 over een extra prijsbeheersingsinstrument (kortweg: PBI) te willen beschikken, voor het geval de kosten van het vrije B-segment de grens passeren die het budgettair kader stelt. De ontwikkeling van een dergelijk instrument moet worden gezien als onderdeel van een zorgvuldige en verantwoorde invoering van prestatie-bekostiging. Naast een jaarlijkse ex ante evaluatie van de markt, zal nu

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 29 248, nr. 50.

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 29 248, nr. 47.

ook een ex post evaluatie de ontwikkeling en de omvang van het B-segment in de toekomst bepalen. Letterlijk heb ik het volgende gesteld:

«Ik heb er vertrouwen in dat de positieve ontwikkelingen in het B-segment zich voortzetten. Wel zal ik een prijsbeheersingsinstrument ontwikkelen, zodanig dat dit in 2010 ingevoerd kan worden. Daarvoor zal ik de WMG aanpassen. De inzet van dit instrument hangt echter af van de kostenontwikkeling. Indien de positieve ontwikkelingen in het B-segment zich inderdaad voortzetten, zal ik het instrument niet invoeren. Echter, indien de ontwikkelingen in het B-segment in 2009 (voor wat betreft volume en/of prijs) toch minder gunstig zijn dan bij het vaststellen van het budgettair kader voor 2009 aan dat segment kan worden toegerekend en daardoor (mede) oorzaak van een overschrijding van het budgettair kader, dan ben ik voornemens om het volledige B-segment onder een prijsbeheersings-/maatstafregime te brengen, waarin tevens de overschrijdingen in 2009 worden verdisconteerd. De eventuele beslissing hiertoe zal ik in belangrijke mate baseren op de monitor die de NZa in mei 2009 uit zal brengen over de ontwikkelingen in het B-segment, welke gebaseerd zal zijn op zowel de realisatiecijfers over 2008, als de afspraken voor 2009.

Een dergelijk in te voeren systeem, wat ik in nauw overleg met de NZa zal ontwikkelen, moet in dat geval verzekeraars en aanbieders de mogelijkheid geven te blijven onderhandelen over prijs en kwaliteit, maar bescherming bieden tegen al te hoge prijsstijgingen. Hiermee blijft de beheersbaarheid van de zorg, voor zover die niet uit de vrije onderhandelingen zelf voortvloeit, geborgd».

Tijdens het algemeen overleg van 18 juni jongstleden heeft u mij gevraagd om voor het algemeen overleg in september nader uiteen te zetten wat de criteria zijn op basis waarvan wordt besloten tot het al dan niet inzetten van een prijsbeheersingsinstrument/maatstafstelsel. Alvorens ik deze criteria presenteer, ga ik eerst kort in op de wijze waarop een eventuele prijsbeheersing wordt vormgegeven.

1. Vorm prijsbeheersingsinstrument/maatstafstelsel

In mijn brief van 18 juli jongstleden inzake de NZa monitor 2008 en uitbreiding B-segment¹ heb ik aangegeven dat een prijsbeheersingsinstrument realistisch en effectief moet zijn. Dat wil zeggen dat het voldoende moet opbrengen om eventuele overschrijdingen op een realistische manier te redresseren en dat het betreffende prijsbeheersingsinstrument juridisch houdbaar moet zijn. Hierover zal ik vooraf advies vragen aan de Landsadvocaat. Bovendien mag het instrument geen afbreuk doen aan de mogelijkheid voor verzekeraars en ziekenhuizen om te onderhandelen over kwaliteit, prijs en volume, maar moet het slechts bescherming bieden tegen te hoge prijsstijgingen.

Momenteel ben ik hierover interdepartementaal en met de NZa in overleg, waarbij het denken gaat richting een prijsbeheersingsinstrument/maatstafstelsel op het niveau van DBC's of een cluster van DBC's (in de verbeterde productstructuur). DBC's in het vrije B-segment zullen – als de marktomstandigheden daar aanleiding toe geven – aan een maximum tarief worden gebonden, welke mede tot stand zal komen op basis van een kostenonderzoek en onderlinge vergelijking/benchmarking. Daarmee kan conform het Coalitieakkoord een vorm van maatstafconcurrentie worden ingevoerd die zo mogelijk op minder administratieve bezwaren stuit dan de variant zoals beschreven in «Waardering voor betere zorg». Tevens is het denkbaar dat bij een eventuele uitbreiding in 2010 van integrale prestatiebekostiging een deel van de zorg die nu nog op basis van FB-parameters wordt bekostigd, onderhavig zal zijn aan maximum

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 29 248, nr. 49.

DBC-tarieven. Ik zal u in het najaar van 2008 over zowel de vormgeving van het prijsbeheersingsinstrument als de uitbreiding van de integrale prestatiebekostiging informeren.

2. Criteria

Voor wat betreft de criteria voor de invoering van een prijsbeheersingsinstrument wil ik beginnen met te zeggen dat bij een overschrijding van het budgettair kader zorg een drietal maatregelen denkbaar is dat op de korte termijn effect sorteert;

- Pakketverkleining;
- Invoeren dan wel verhogen «eigen bijdrages»;
- (Generieke) korting FB-budgetten.

Met het kleiner worden, dan wel wegvallen op termijn, van het A-segment is de laatste genoemde maatregel in de vorm van korting van de FB-budgetten een steeds minder effectieve optie. Dit is dan ook een belangrijke reden dat ik, naast de andere twee maatregelen, over een prijsbeheersingsinstrument wil beschikken om reeds eerder vrijgegeven DBC's te kunnen reguleren. Hiermee kan ik afhankelijk van de geconstateerde marktontwikkelingen en afhankelijk van de mate waarmee het budgettair kader is overschreden, een mix van maatregelen treffen.

Met de criteria op basis waarvan ik de beslissing wil nemen om al dan niet een prijsbeheersingsinstrument in te zetten, wil ik dan ook duidelijkheid richting de sector scheppen. Dit zonder het kabinet de mogelijkheid te ontnemen om in bepaalde situaties naar «bevind van zaken» en met gevoel voor de dan ontstane verhoudingen te handelen.

Een belangrijke reden voor de invoering van vrije prijsvorming is de veronderstelling dat dit een positief effect heeft op zowel de prijs als de kwaliteit van zorg. De eerste analyses van het B-segment wijzen ook in deze richting. De beslissing om al dan niet een prijsmaatregel voor het B-segment te hanteren wil ik dan ook baseren op de kostengroei in het B-segment. Bij de bepaling van de toegestane groeiruimte voor het B-segment kies ik voor een proportionele toedeling. Dat wil zeggen dat ik relatief gezien evenveel groeiruimte aan het B-segment toeken als aan het A-segment.

De groeiruimte (volume) voor 2009 bedraagt 3,0%. De loon en prijsontwikkeling wordt op ca. 3 á 3,5% geraamd. In totaal is er derhalve ruimte voor een stijging van de uitgaven in het B-segment met ca. 6 á 6,5%. Het definitieve cijfer is in het voorjaar van 2009 bekend. Indien de groei in het B-segment hoger uitvalt dan het totaal van de volume en de prijscomponent zal ik een prijsmaatregel nemen. Op deze regel maak ik een uitzondering als het gaat om het wegwerken van wachtlijsten. Indien de uitgaven-groei duidelijk en aantoonbaar wordt veroorzaakt door het wegwerken van wachtlijsten die de Treeknorm overschrijden wil ik ruimte houden van een maatregel af te zien.

Zoals ik ook heb gezegd in «Waardering II» zal de prijsmaatregel die ik in voorkomende gevallen zal treffen, in principe het gehele B-segment bestrijken. Indien de noodzakelijke korting in het B-segment echter beperkt is en de NZa kan een groep DBC's afbakenen, die verantwoordelijk is voor de overschrijding, kan ook een gedeeltelijke regulering van het B-segment worden overwogen. Ik wil daarbij ook kijken naar de ontwikkeling van de betreffende DBC's. Ik denk daarbij bijvoorbeeld aan de situatie dat bepaalde DBC's weliswaar nog groeipercentages hebben die boven de norm liggen, maar die qua prijs en volume wel een gunstig ontwikkelings-

spatroom te zien geven. Een en ander moet dan wel op basis van meerjarige cijfers hard worden aangetoond.

Ik zal mij bij de analyse van de uitgavengroei onder meer baseren op de Monitor Ziekenhuiszorg die de NZa in mei 2009 uitbrengt en zo nodig aanvullend onderzoek laten uitvoeren.

Dit alles laat onverlet dat overschrijdingen van het BKZ voor zover aan de orde uiteraard gecompenseerd moeten worden en begrotingsregels altijd in acht genomen zullen worden. Op grond van efficiencyoverwegingen kunnen altijd prijsbeheersingsmaatregelen genomen worden.

Tot slot

Het prijsbeheersingsinstrument zal de komende tijd verder uitgewerkt worden. Daarnaast is het uiteraard van belang om inspanningen te verrichten die gericht zijn op het voorkómen dat in 2010 ingegrepen moet worden in het B-segment. De NZa werkt aan informatieproducten die hierin behulpzaam kunnen zijn voor verzekeraars en zorgaanbieders. Zoals toegezegd zal ik ook een onderzoek laten uitvoeren naar de oorzaak van volumegroei. Dit onderzoek moet ondermeer een indicatie geven over de verhouding tussen proportionele en disproportionele groei. Upcoding en supplier induced demand kunnen ten grondslag liggen aan disproportionele groei.

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