

Vergaderjaar 2010–2011

**29 248**

## **Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)**

**Nr. 154**

### **VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 18 november 2010

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen ter beantwoording voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 14 september 2010 inzake de Voorhangbrief experiment Sint Maartenskliniek (Kamerstuk 29 248, nr. 132).

De op 15 oktober 2010 toegezonden vragen zijn met de door de minister bij brief van 17 november 2010 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,  
Smeets

De griffier van de commissie,  
Teunissen

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Staaij, C.G. van der (SGP), Smeets, P.E. (PvdA), voorzitter, Smilde, M.C.A. (CDA), Koşer Kaya, F. (D66), Veen, E. van der (PvdA), Gerven, H.P.J. van (SP), Burg, B.I. van der (VVD), Ouwehand, E. (PvdD), Agema, M. (PVV), Leijten, R.M. (SP), Bouwmeester, L.T. (PvdA), Wolbert, A.G. (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink, E.E. (CU), Uitslag, A.S. (CDA), Elias, T.M.Ch. (VVD), Dijkstra, P.A. (D66), Dille, W.R. (PVV), Gerbrands, K. (PVV), Mulder, A. (VVD), Venrooy-van Ark, T. (VVD), Bruins Slot, H.G.J. (CDA), Voortman, L.G.J. (GL) en Klaver, J.F. (GL).

Plv. leden: Dijkgraaf, E. (SGP), Dekken, T.R. van (PvdA), Omtzigt, P.H. (CDA), Berndsen, M.A. (D66), Klijnsmā, J. (PvdA), Ulenbelt, P. (SP), Liefde, B.C. de (VVD), Thieme, M.L. (PvdD), Vacature, PVV, Kooiman, C.J.E. (SP), Arib, K. (PvdA), Vermeij, R.A. (PvdA), Ortega-Martijn, C.A. (CU), Toorenburg, M.M. van (CDA), Lodders, W.J.H. (VVD), Ham, B. van der (D66), Beertema, H.J. (PVV), Bosma, M. (PVV), Straus, K.C.J. (VVD), Miltenburg, A. van (VVD), Ormel, H.J. (CDA), Sap, J.C.M. (GL) en Halsema, F. (GL).

## **I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties**

### **Inbreng VVD-fractie**

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het voorstel van de minister om een nieuw experiment te starten bij de Sint Maartenskliniek, waarbij een intensievere vorm van schaduw-draaien met DBC's op Weg naar Transparantie (DOT) centraal staat. Deze leden staan positief tegenover de overgang van de DBC's naar DOT, aangezien dit de administratieve handelingen vereenvoudigt. Ook staan zij positief tegenover het schaduwdraaien met DOT, waarbij het erom gaat dat op een representatieve wijze getoetst wordt of het systeem in 2012 volwassen genoeg is om te worden ingevoerd.

Ook staan de leden van de VVD-fractie in beginsel positief tegenover het nieuwe experiment van de Sint Maartenskliniek. Wel hebben zij naar aanleiding van het stuk nog enkele vragen en opmerkingen.

De minister geeft dat op een later moment nog een impactanalyse gedaan wordt die de financiële effecten in kaart brengt voor zorgverzekeraars, zorginstellingen en medisch specialisten. Waarom heeft de minister ervoor gekozen om deze impactanalyse op een later moment te doen? Heeft de minister de voorbereidingen voor een dergelijke analyse al in gang gezet? Wat is de toegevoegde waarde de Sint Maartenskliniek al in een eerder stadium dan in de landelijke planning een dergelijke analyse te laten doen? De leden van de VVD-fractie staan hier in beginsel niet negatief tegenover, maar willen graag weten wat de achtergrond van deze keuzes is.

### **Inbreng PvdA-fractie**

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de voorhangbrief met het voorstel tot een DOT experiment bij de Sint Maartenskliniek. Het voorstel is in lijn met het voornemen in 2011 intensief schaduw te draaien met het nieuwe bekostigingssysteem DOT, om zo ter preparatie van sectorbrede invoering in 2012 de impact ervan in kaart te brengen. Naar aanleiding van de brief van de minister hebben deze leden nog enkele vragen en opmerkingen.

In de brief stelt de minister dat hij de Sint Maartenskliniek wil aanmerken als een van de DOT zorgaanbieders, omdat de experimenteerfase met vrije prijzen en vrij volume dit jaar afloopt. Hierbij geeft de minister aan dat het bij de Sint Maartenskliniek een intensievere en meer uitgebreide vorm van schaduwdraaien wil invoeren. Wat bedoelt de minister hier nu precies mee? Op welke onderdelen wijkt dit af van de andere ziekenhuizen die vrijwillig met DOT schaduwdraaien? Waarom moet vrije prijsonderhandeling deel uitmaken van dit experiment? Valt de kliniek in de experimentvorm gewoon onder het BKZ?

De minister stelt voor dat de Sint Maartenskliniek na afloop van de reguliere onderhandeling nog eens extra met verzekeraars over een beperkt aantal DOT producten onderhandelt. Zo kan ervaring worden opgedaan met de wijze waarop de relatie tussen prestatie, kosten, en prijs onder DOT door de partijen kan worden vastgelegd. Worden deze onderhandelde DOT producten degenen die specifiek aansluiten bij deze kliniek, of betreft het producten die algemeen aansluiten bij de andere Nederlandse ziekenhuizen? Wie stelt de lijst van de betreffende DOT producten vast; de verzekeraar, de aanbieder of de minister van VWS?

Uit de brief blijkt dat de Sint Maartenskliniek met verzekeraars niet alleen DOT afspraken mag maken over ziekenhuiszorg, maar ook geïntegreerde eerstelijnszorg, ketenzorg of hoogspecialistische zorg. Wordt de eerstelijnszorg, ketenzorg, specialistische zorg op dit moment omschreven in de DOT structuur, of moeten hiervoor dus extra «innovatie»-DOT's in het

leven worden geroepen? Betekent dit niet dat het aantal van 3600 DOT productbeschrijvingen dat nu is vastgesteld door de vrijheid om «innovatie-DOT's» vast te stellen gaat groeien? Nemen hier de administratieve lasten niet toe? Betekent dit dat ook eerstelijnszorgaanbieders financieel gaan profiteren van het DOT schaduwdraaien bij de Sint Maartenskliniek, en het dus gevolgen voor de hele regio heeft als het DOT experiment over enkele jaren zou worden stopgezet?

De leden van de fractie van de PvdA hebben nog specifieke vragen over de opzet van het experiment. Is de precieze looptijd nu eigenlijk onbepaald? Waarom is er niet wederom gekozen opnieuw een 5-jarige experiment te doen? Wordt de Kamer in de evaluatie ook op de hoogte gehouden van de volumeontwikkelingen binnen de kliniek, en niet enkel over de prijsontwikkeling? Zijn er budgettaire grenzen gesteld? Stel dat de kliniek wegens ruimtetekort op de locatie Nijmegen door het succes van de DOT's een nieuw gebouw wil neerzetten of de extra behandelingen op locatie Woerden wil uitvoeren, is zij daar in dit experiment vrij in?

In het algemeen overleg van 7 april jl. stelde de Kamer voor om schaduwdraaien alleen bij een beperkte groep zorgaanbieders in te voeren, zodat de administratieve lasten werden beperkt. Door welke specifieke ziekenhuizen wordt vanaf 1 juli 2010 de techniek op vrijwillige basis getest? Wat waren de selectiecriteria voor deze groep? Wat zijn de ervaringen tot nu toe? Wanneer krijgt de Kamer een evaluatie toegezonden?

### **Inbreng SP-fractie**

De leden van de SP-fractie hebben met zorgen kennis genomen van de voorhangbrief experiment Sint Maartenskliniek. Deze leden vragen in hoeverre het lopende experiment succesvol is geweest. De minister verwijst in de voorhangbrief naar de evaluatie van het experiment. Dit is echter slechts een tussenevaluatie. De leden van de SP-fractie vragen de minister een eindevaluatie van het experiment ter bespreking aan de Kamer voor te leggen alvorens het experiment te verlengen. De minister schrijft voorts in de voorhangbrief dat het experiment in de Sint Maartenskliniek veel inzicht heeft gegeven in het werken met vrije integrale tarieven, en in de effecten ervan op kwaliteitsverbetering, innovatie en doelmatigheidsverhoging. De leden van de SP-fractie zouden, bij ontbreken van een eindevaluatie van dit experiment, graag van de minister horen welke inzichten dit zijn.

In de tussenevaluatie wordt een aantal vragen opgeworpen waarop de leden van de SP-fractie antwoord willen hebben voor er gesproken kan worden over een nieuw experiment in de Sint Maartenskliniek. Is uit het gehele experiment gebleken dat de betaalbaarheid voor de consument niet is verbeterd? Gaarne ontvangen zij een toelichting hierop. In 2006 bleek dat het behaalde exploitatieresultaat is gebruikt door de Sint Maartenskliniek om het eigen vermogen te vergroten. De leden van de SP-fractie willen duidelijkheid van de minister over de vraag hoe dit sindsdien is verlopen. Kan een jaarlijks exploitatieoverzicht van de Sint Maartenskliniek gedurende het hele experiment worden gegeven? Is de Sint Maartenskliniek er financieel door het invoeren van volledige marktwerking beter op geworden? Zo ja, welke conclusies trekt de minister hieruit voor de invoering van marktwerking in de zorg? Daarnaast blijkt uit de tussenevaluatie dat de Sint Maartenskliniek niet voor alle leerdoelen geschikt was voor het uitvoeren van een experiment, omdat het als categoriaal ziekenhuis met een bovenregionale functie niet representatief was voor alle ziekenhuizen. Daarnaast vergrootte de experimentele situatie de marktmacht van de Sint Maartenskliniek. De leden van de SP-fractie vragen de minister of dit oordeel heeft meege-

wogen in het besluit om het experiment met de Sint Maartenskliniek te verlengen. Zo ja, op welke wijze? Zo nee, waarom niet? Welke waarde hebben de resultaten van het experiment als de betrokken kliniek niet representatief is? Welke waarden hebben de resultaten van het experiment als de experimentele situatie de uitkomsten beïnvloedt? Uit het overzicht van ontvangen subsidies 2009 blijkt dat de Sint Maartenskliniek jaarlijks € 2 599 747 ontvangt om het door de burger gewenste zorgaanbod te realiseren. De leden van de SP-fractie vragen hoe dit te rijmen valt met het lopende experiment om het ziekenhuis volledig op marktwerking te laten draaien.

De minister schrijft in de voorhangbrief dat de maximale looptijd van vijf jaar van het eerdere experiment in de Sint Maartenskliniek is verlopen. De leden van de SP-fractie vragen in hoeverre dit een aanleiding is voor het nieuwe experiment in deze kliniek. Is verlenging van het lopende experiment een aanleiding geweest om ook het DOT-experiment in de Sint Maartenskliniek te laten uitvoeren? Zo nee, kunt u de schijn, gewekt in de voorhangbrief, dat het hier gaat om een «trucje» om het lopende experiment langer dan de wettelijke termijn te verlengen, wegnemen?

### **Inbreng D66-fractie**

De leden van de D66-fractie vinden het goed dat het experiment in de Sint Maartenskliniek in Nijmegen wordt voortgezet. Voortzetting van het experiment biedt de kliniek een overgangsregeling die veel administratieve problemen bespaart. Zij hebben daarom slechts een paar vragen. Waarom kiest de minister voor een prijsplafond in dit experiment? Komt dit de waarde van het experiment wel ten goede? In hoeverre beperkt het bestaan van zo'n prijsplafond de onderhandelingskracht van de zorgaanbieder? Is het de bedoeling van de minister dat dit prijsplafond ook in het uiteindelijke systeem wordt verwerkt? Maakt de minister een onderscheid tussen de effecten van de onderhandelingen op de prijs en het feit dat alle artsen in dit specifieke experiment in loondienst zijn?

### **II. Reactie van de bewindspersoon**

Mijn ambtsvoorganger heeft u in zijn brief van 14 september 2010 (TK 2009–2010, 29 248, nr. 132) geïnformeerd over het aflopen van het experiment van de Sint Maartenskliniek, en zijn voornemen geuit om na verloop van de wettelijke voorhangtermijn de NZa de aanwijzing te geven om een nieuw experiment te starten bij deze instelling. De voorgenomen inhoud van de aanwijzing richt zich op een nieuw experiment waarbij een intensievere en meer uitgebreide vorm van schaduwdraaien met DOT bij de Sint Maartenskliniek centraal staat.

### **Inleiding**

Door de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport is bij de genoemde brief een aantal vragen gesteld. Voor de beantwoording daarvan ga ik allereerst in op de vragen die betrekking hebben op het landelijk schaduwdraaien van DOT. Daarna zal ik ingaan op het nieuwe experiment van de Sint Maartenskliniek en de toegevoegde waarde daarvan. Vervolgens bespreek ik de relatie van het experiment met DOT producten. Tevens benoem ik de financiële situatie van de Sint Maartenskliniek met het oog op de betaalbaarheid. Tot slot ga ik in op de looptijd van het experiment.

## Schaduwdraaien DOT

Aan de wens van de Tweede Kamer om te starten met het schaduw-draaien van DOT is gevolg gegeven door 2 fases van landelijke simulatie te ontwikkelen: (1) analyseren en verbeteren van de productstructuur, en (2) een financiële impactanalyse in een later stadium. DBC-Onderhoud ondersteunt de partijen daarin en voorziet hen van advies om het simuleren goed te laten verlopen en te zorgen dat de uitkomsten gebruikt worden om DOT te verbeteren. Ongeveer zestig ziekenhuizen participeren vrijwillig in deze simulatie. Van selectie is zodoende geen sprake.

In reactie op de vraag van de VVD fractie wil ik aangeven dat de analyse van de financiële effecten van DOT op landelijk niveau pas plaats vindt, nadat er met de huidige versie van de DOT-productstructuur gesimuleerd is door ziekenhuizen. Dit najaar zullen de uit dit traject voortvloeiende inhoudelijke verbeteringen worden verwerkt in een nieuwe versie van de DOT-productstructuur. Komend voorjaar zijn deze verbeteringen meegenomen en heeft het zin om een financiële impactanalyse uit te voeren, omdat dan de DOT-structuur definitief vaststaat. In samenwerking met veldpartijen wordt deze analyse als onderdeel van de DOT simulatie voorbereid.

In de motie Van der Veen (TK 29 248, nr. 57) is mij gevraagd om minimaal een keer per halfjaar een rapportage aan de Tweede Kamer 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. Evaluatie en stand van zaken van de DOT-simulatie zal worden meegenomen in deze voortgangsrapportages. Ik zal in die voortgangsrapportages voortaan ook de stand van zaken vermelden van het experiment met de Sint Maartenskliniek. De eerstvolgende voortgangsrapportage DBC's zal eind 2010 worden verzonden naar de Tweede Kamer.

## Nieuw experiment Sint Maartenskliniek

Een nieuw experiment biedt de mogelijkheid om, vooruitlopend op de fase 2 van de landelijke simulatie op instellingsniveau mee te kijken. Doordat dit niet bij alle instellingen mogelijk is, levert de inrichting van een nieuw experiment nuttige informatie voor de inrichting van de landelijke simulatie. Zodanig dat als de landelijke simulatie wordt uitgevoerd, het meeste rendement wordt gehaald tegen de minste inspanning bij de instellingen. Deze uitgebreide en intensievere vorm van schaduwdraaien is gedefinieerd in de leerdoelen zoals uiteengezet in de voorhangbrief. Samengevat houden deze het volgende in:

- *Financiële impactanalyse*: een financiële vertaling van de overstap van DBC naar DOT;
- *Onderhandelen met verzekeraars op basis van DOT*;
- *Doorontwikkeling van de DOT systematiek*.

## Vrije prijzen met plafond

Vrije prijsonderhandeling zal deel uit maken van dit experiment. Op grond van het vorige experiment zijn de uitgangspunten ontwikkeld die vrije prijsonderhandeling mogelijk maken. Daarmee is de Sint Maartenskliniek geschikt voor het nieuwe experiment. Met de koppeling van de DOT productstructuur kan het experiment belangrijke inzichten opleveren voor de introductie van DOT op landelijk niveau. Er dient immers duidelijkheid te zijn over (1) de informatie die nodig is om de onderhandelingen op basis van DOT te kunnen starten, en (2) problemen waar instelling en verzekeraar tegenaan kunnen lopen. Overigens zijn de onderhandelingen

gebaseerd op integrale tarieven, inclusief een component voor de kapitaallasten en het honorarium voor de specialist in loondienst.

Ik wil overigens graag benadrukken dat er binnen het experiment geen sprake is van volledig vrije prijzen. Sinds 2007 geldt een prijsplafond waarbij de gemiddelde prijs van de producten van de Sint Maartenskliniek jaarlijks niet mag stijgen boven een gewogen indexcijfer voor loon en materieel. Prijsbeheersing wordt zodoende geborgd bij de Sint Maartenskliniek, en zal ook toegepast worden gedurende het nieuwe experiment. Dit doet geen afbreuk aan de waarde van het experiment, zoals gevraagd door de D»66-fractie, omdat ook onder dit algemene plafond specifieke prijsafspraken gemaakt moeten worden op basis van de nieuwe productstructuur DOT.

Met het oog op de rol van een prijsplafond in het toekomstige systeem wil ik u mededelen dat ik beheersing van ongewenste volume- en prijsontwikkelingen als een belangrijk element zie in de inrichting van het zorgstelsel. Deze doelstelling kan op verschillende manieren bereikt worden; een prijsplafond is daar één van. Ik zal de lessen van het experiment bij de Sint Maartenskliniek uiteraard betrekken bij de kabinetsagenda rondom DOT en prestatiebekostiging, maar een prijsplafond lijkt mij op voorhand niet het meest geëigende instrument.

De leden van de fractie van de PvdA vragen mij of de Sint Maartenskliniek wegens ruimtetekort nieuwbouw mag neerzetten of extra behandelingen op de locatie Woerden mag uitvoeren. Ik kan u melden dat alleen productie welke (1) voldoet aan de condities van het experiment, en (2) plaatsvindt op de locatie Nijmegen, mag worden gefactureerd. Uitbreiding in welke hoedanigheid dan ook is niet aan de orde en niet mogelijk.

### **Lopende experiment in relatie tot nieuwe experiment**

De tussenevaluatie van het lopende experiment uit 2007 was in grote lijnen positief. Bovendien zijn de Sint Maartenskliniek en de verzekeraars enthousiast over het nieuwe experiment: per brief hebben een aantal verzekeraars mij geïnformeerd dat ze het experiment ondersteunen, en daar een actieve bijdrage aan willen leveren. Tegen deze achtergrond acht ik het niet wenselijk om nog langer te wachten met het nemen van een besluit over het experiment. Daarnaast biedt dit de gelegenheid tot het koppelen van het nieuwe experiment aan de ontwikkelingen rondom DOT. Tot slot zou het weer terugvallen op de functiegerichte budgettering binnen zeer beperkte tijd tot een buitenproportioneel zware (administratieve) last voor de Sint Maartenskliniek leiden. Dat de Sint Maartenskliniek ook topklinische zorg levert zie ik overigens niet als een probleem. Integendeel, de hierbij opgedane ervaringen zijn juist goed te gebruiken voor de landelijke simulatie van DOT.

In aanvulling op bovenstaande wil ik benadrukken dat bij de afweging van een nieuwe experimentele status voorop heeft gestaan dat waardevolle inzichten kunnen worden verkregen ten behoeve van de ontwikkeling van DOT. Op die grond is besloten een nieuwe experimentele status toe te kennen. Van een mogelijke truc, zoals gesuggereerd door de SP-fractie is geen sprake.

### **Relatie experiment met DOT-producten**

De Sint Maartenskliniek gebruikt de landelijke DOT-structuur zoals deze door partijen samen met DBC-Onderhoud wordt ontwikkeld en door de NZa zal worden vastgesteld. Aangezien de Sint Maartenskliniek een

gespecialiseerde kliniek is op het gebied van Orthopaedie, Reumatologie en Revalidatiegeneeskunde, zal de Sint Maartenskliniek, anders dan veel algemene ziekenhuizen, afspraken maken over een beperkt aantal zorgproducten.

De ontwikkeling van DOT is gericht op de tweedelijns medisch specialis-tische zorg en betreft nadrukkelijk niet geïntegreerde eerstelijnszorg. De ca. 3600 productbeschrijvingen in DOT worden zodoende niet uitgebreid met allerlei nieuwe producten die op de eerstelijnszorg zijn gericht. Wel zal de DOT structuur worden doorontwikkeld, bijvoorbeeld om de zorgproducten in de tweede lijn beter aan te laten sluiten op de (keten)zorg in de eerste lijn. De inzichten die in het experiment worden opgedaan zullen hiervoor worden gebruikt. Daarnaast is in het regeerakkoord afgesproken dat experiment DBC's worden geïntroduceerd. Ik kom daar in een later stadium bij u op terug.

In antwoord op de vraag van de PvdA fractie of eerstelijnszorgaanbieders profiteren van het experiment bij de Sint Maartenskliniek, is het antwoord dus dat zij geen rechtstreekse rol hebben. Wel draagt het experiment bij aan het ontwikkelen van inzichten voor betere afstemming tussen de tweede en eerste lijn en het op termijn overnemen van (delen van) de behandeling door eerstelijnszorgaanbieders.

### **Financiële situatie Sint Maartenskliniek en betaalbaarheid**

De fractie van de SP wijst er op dat in 2006 de Sint Maartenskliniek het exploitatieresultaat heeft benut om het eigen vermogen te vergroten. Echter, toen was net begonnen met het experiment. De specifieke invloed van het experiment op het exploitatieresultaat is daarmee zeer beperkt geweest. Lopende het experiment van vijf jaar is per jaar een duidelijke daling waarneembaar in het exploitatieresultaat. Deze resultaten (zie [www.jaarverslagenzorg.nl](http://www.jaarverslagenzorg.nl)) hebben de Sint Maartenskliniek beperkt in de ruimte tot het vergroten van het eigen vermogen. De impact van vrije tarieven op de ontwikkeling van het eigen vermogen is daarmee duidelijk waarneembaar en tegengesteld aan de suggestie van de SP. Immers, met het vrijgeven van de tarieven zijn deze tarieven steeds meer onder druk komen te staan in de onderhandelingen met zorgverzekeraars. Gegeven de ontwikkeling van de exploitatieresultaten, en een prijsverlaging van de tarieven met gemiddeld 4% die de Sint Maartenskliniek drie jaar geleden heeft doorgevoerd is bovendien de betaalbaarheid voor de patiënt verbeterd.

Belonen naar prestatie, door middel van vrije prijzen en prijsplafond, heeft bij de Sint Maartenskliniek een duidelijke impact gehad op de ontwikkeling van het exploitatieresultaat. Meer financiële verantwoordelijkheid draagt derhalve bij aan een betere balans tussen kosten en opbrengsten in het ziekenhuis als gevolg van prikkels tot efficiency en kwaliteitsverbetering. Deze resultaten komen overeen met de effecten die de beleidsagenda van het kabinet rond prestatiebekostiging voor ogen heeft. De uitkomsten van het experiment bieden zodoende waardevolle aanknopingspunten voor de invoering van prestatiebekostiging.

De Sint Maartenskliniek ontvangt subsidies voor opleidingen uit het opleidingsfonds en voor projecten op het gebied van wetenschappelijk onderzoek (bijvoorbeeld ZonMW). Deze subsidies spelen een belangrijke rol in de ontwikkeling en borging van een hoge kwaliteit van zorg in de ziekenhuizen in Nederland. De SMK is dan ook niet de enige ontvanger van deze subsidies. Deze subsidies staan los van het experiment met vrije prijzen.

### **Looptijd experiment**

Ik acht het logisch om de looptijd van het experiment af te stemmen op de voorgenomen maatregelen omtrent prestatiebekostiging. De beëindiging van het experiment zal derhalve daarop aansluiten. In de voorhangbrief staat dan ook vermeld dat een harde voorwaarde bij het starten van het experiment is dat, wanneer andere zorginstellingen overgaan op een nieuwe bekostiging (prestatiebekostiging) of wanneer de functiegerichte budgettering (FB) afloopt, het experiment van de Sint Maartenskliniek eindigt. Tot slot zal het experiment worden stopgezet wanneer het invoeren van DOT en het afschaffen van de

functiegerichte budgettering (FB) niet meer binnen het eindperspectief past, maar een andere toekomstige vorm van bekostiging wordt gekozen binnen de medisch specialistische zorg.