

Vergaderjaar 2008–2009

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

Nr. 82

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 11 juni 2009

Nadat ik u in december 2008 de brief «Waardering III» heb toegestuurd (kamerstuk 29 248, nr. 74), zijn er belangrijke stappen gezet in de richting van prestatiebekostiging in de medisch specialistische zorg.

In de motie Van der Veen¹ is mij gevraagd om minimaal een keer per halfjaar, een rapportage 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, opdat een zorgvuldige uitbreiding van de prestatiebekostiging kan worden geborgd. U heeft mij gevraagd om een voortgangsrapportage in het eerste kwartaal naar de Kamer te sturen. Zoals ik al eerder heb aangegeven in mijn reactie op de motie² was het niet mogelijk om al in het voorjaar al een voortgangsrapportage naar de Kamer te zenden. Dit onder andere vanwege het uitkomen van de Monitor Ziekenhuiszorg van de Nederlandse Zorgautoriteit in mei.³

Graag informeer ik u met deze brief over de voortgang en besluitvorming.

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

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 29 248, nr. 57.

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 29 248 nr. 75.

³ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

Voortgangsrapportage DBC's

1. Inleiding

In de brief Waardering III van 19 december 2008 heb ik mijn plannen voor de invoering van prestatiebekostiging in de ziekenhuiszorg toegelicht. In die brief heb ik de volgende route geschetst:

- a. Uitbreiding B-segment 2009
- b. Invoering nieuwe productstructuur (DOT)
- c. Uitbreiding van prestatiebekostiging door invoering van volledige prestatiebekostiging (afschaffen FB)

In deze rapportage wordt de voortgang op deze onderwerpen besproken. Eerst wordt in paragraaf 2 ingegaan op de stand van zaken rond de contractering in het B-segment. Ik betrek daarbij de resultaten van de *Monitor Ziekenhuiszorg 2009* die de NZa recent heeft gepubliceerd. In dit verband ga ik ook in op de stand van zaken rond de onderwerpen kapitaal-lasten in het B-segment (in relatie tot de voorstellen van de Commissie Havermans) en de eventuele inzet van een prijsbeheersingsinstrument. Daarna licht ik in paragraaf 3 de stand van zaken toe over de invoering van de nieuwe productstructuur. Ik zie de nieuwe productstructuur als een belangrijke randvoorwaarde voor verdere stappen op het terrein van prestatiebekostiging.

Vervolgens komt in paragraaf 4 van deze voortgangsrapportage de voorbereiding van volledige prestatiebekostiging per 2011 aan de orde.

Tot besluit ga ik in paragraaf 5 in op enkele specifieke onderwerpen zoals dure geneesmiddelen, innovaties en DBC's en de ontwikkeling van DBC's in categorale zorginstellingen. Over de stand van zaken rond de DBC's in de geestelijke gezondheidszorg wordt u separaat geïnformeerd. Over de maatregelen inzake medisch specialisten informeer ik u begin juni bij afzonderlijke brief.

2. Ervaringen contractering in het B-segment

2.1 Resultaten Monitor Ziekenhuiszorg NZa 2009

Op basis van de positieve ervaringen in het B-segment, die naar voren kwamen uit de jaarlijkse Monitor Ziekenhuiszorg van de NZa in 2008, is het B-segment per 2009 uitgebreid naar circa 34% van de ziekenhuiszorg. De Monitor Ziekenhuiszorg 2009 is onlangs gepubliceerd (bijlage 2). Deze monitor geeft inzicht in de ontwikkelingen op het gebied van marktwerking in de ziekenhuiszorg.

De NZa komt in de monitor tot de conclusie dat overwegend positieve ontwikkelingen zichtbaar zijn. Zo is de kwaliteit meer dan voorheen onderdeel van de zorginkoop en lijken de wachttijden te zijn verminderd of op zijn minst te zijn gestabiliseerd. De prijsstijging in het B-segment («tranche 2005») is over het algemeen lager geweest dan in het A-segment, terwijl de volumecijfers laten zien dat sprake is van een gestage toename die overigens vergelijkbaar is met de bestaande trend. Inhoudelijk blijkt sprake te zijn van een substitutie van klinische opnamen naar dagbehandeling.

De NZa wijst ook op het laat tot stand komen van contracten in 2009. De consequentie hiervan is dat er nog maar beperkt gegevens beschikbaar zijn over de contractering in 2009. Overigens ook in voorgaande jaren bestond in het voorjaar nog beperkt inzicht in de contractering van het betreffende jaar. De tentatieve ontwikkelingen in het B-segment is echter niet alleen afhankelijk van de contracteringen in 2009. Eerder is er sprake van een continuüm van informatie uit de achtereenvolgende monitors van

de NZa. In de monitor neemt de NZa daarom de ontwikkelingen mee tot en met 2008. De NZa zal een update van de monitor eind juni uitbrengen waarin ze ingaat op de stand van zaken bij de contractonderhandelingen en de prijsontwikkeling 2009. Ik zal u die update toezenden. Ik kom in de volgende paragraaf terug op de late totstandkoming van contracten in 2009. Hierna sta ik kort stil bij een aantal bevindingen uit de NZa-monitor op het vlak van kwaliteit van zorg en zorginkoop en de prijs- en volumeontwikkelingen.

Kwaliteit van zorg(inkoop)

Inzicht in de kwaliteit van zorg is van belang voor zorgverzekeraars om te kunnen onderhandelen over de gewenste kwaliteit en bijbehorende prijs. Zorgaanbieders hebben baat bij transparantie van kwaliteit zodat zij zich kunnen onderscheiden door betere zorg te leveren dan hun concurrenten. In 2007 en 2008 constateerde de NZa een stijgende aandacht voor kwaliteit tijdens de onderhandelingen. Ook in 2009 constateert de NZa dat er sprake is van stijgende aandacht voor kwaliteit tijdens de onderhandelingen. Hoewel er dus al enkele jaren sprake is van stijgende aandacht voor kwaliteit speelt prijs nog steeds een grotere rol in de onderhandelingen. De toegenomen aandacht voor kwaliteit komt met name tot uiting in het opvragen en gebruiken van kwaliteitsindicatoren en zorgprofielen door zorgverzekeraars en de betrokkenheid van medisch adviseurs bij de onderhandelingen. Concurrentie tussen zorgaanbieders op basis van kwaliteit speelt tot nu toe slechts een beperkte rol, maar zorgverzekeraars proberen de concurrentie op gang te brengen door instellingen met elkaar te vergelijken tijdens onderhandelingen. Ten opzichte van 2007 lijken de zorgverzekeraars wel een steeds grotere rol te spelen in het keuzeprocess van consumenten voor de behandeling in een ziekenhuis.

Kortom in de monitor wordt het beeld bevestigd dat de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) vorig jaar heeft geschetst in zijn rapport over zorginkoop. De RVZ concludeert in dat rapport dat het zorgstelsel twee jaar na invoering goed werkt, maar dat de zorginkoop nog in de kinderschoenen staat. In mijn reactie op dat rapport heb ik, onder andere, gewezen op de noodzaak om de belemmeringen voor goede zorginkoop weg te nemen¹. Het verbeteren van de transparantie van de kwaliteit van zorg; de ontwikkeling van ketenzorg en het wegnemen van financiële belemmeringen zijn daarbij kernbegrippen. In de ziekenhuisbekostiging gaat het, onder meer, om vereenvoudiging van de productstructuur en in het verlengde daarvan het verbeteren van de afreken- en verantwoordingscyclus. In paragraaf 3 ga ik hier uitgebreid op in.

Prijs- en volumeontwikkelingen

De prijsontwikkeling in het vrije deel van de ziekenhuiszorg in 2008 laat een positief beeld zien. Het deel van het B-segment dat al sinds 1 januari 2005 vrije prijzen kent, laat in 2008 een reële prijsdaling zien van 1,5%. Voor het gedeelte van de zorg dat per 1 januari 2008 is overgeheveld naar het B-segment is er echter een procentuele opslag op de schoningsprijzen afgesproken. De opslag op de schoningsprijzen voor het nieuwe deel van het B-segment in 2008 is 2%.

De gegevens over 2008 inzake de volumeontwikkelingen zijn nog niet volledig en dienen daarom met de nodige zorgvuldigheid te worden geïnterpreteerd. De volumeontwikkeling (de ontwikkeling van het aantal behandelingen) van het B-segment blijft in de periode 2004–2007 iets achter bij de totale volumeontwikkeling. De omzetontwikkeling van het B-segment is specifiek bekeken voor de «B-tranche 2005». Het aandeel in DIS van de omzet in deze tranche is in de jaren 2005–2007 vrijwel gelijk gebleven. Daarnaast concludeert de NZa in de Monitor Ziekenhuiszorg 2009 dat zowel in het A- als B-segment de behandelduur afneemt en er

¹ Kamerstukken II 2007–2008, 29 689, nr. 216.

substitutie plaats vindt van klinische behandelingen naar dagbehandelingen. Deze ontwikkelingen bevorderen de doelmatigheid.

2.2 Contractering en kapitaallasten in het B-segment

Eind september heeft de commissie Havermans haar advies over de kapitaallasten uitgebracht. Het Kabinet heeft het advies van de commissie om een overgangsregeling (met hardheidsclausule) voor de kapitaallasten in te voeren overgenomen. De NZa heeft vervolgens in november 2008 de beleidsregel «overgangsregeling kapitaallasten vergoeding ziekenhuizen» vastgesteld. De regeling houdt in dat op de kapitaallasten die samenhangen met het B-segment, gedurende een periode van drie jaar via het A-segment (FB-budget) in afnemende mate nacalculatie plaatsvindt volgens het schema 75%-50%-25%. In het vierde jaar zijn de ziekenhuizen ten aanzien van de kapitaallasten dan volledig risicodragend.

Begin dit jaar bleek dat de toepassing van de beleidsregel in de praktijk bij zorgverzekeraars en ziekenhuizen veel vragen heeft opgeroepen. Dit zou volgens veldpartijen de belangrijkste oorzaak zijn van het laat op gang komen van de onderhandelingen over het B-segment.

Hierover heb ik veelvuldig overleg gevoerd met de betrokken brancheorganisaties van ziekenhuizen en zorgverzekeraars en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Daarbij is duidelijk geworden welke mogelijkheden er zijn voor partijen om binnen het kader van de overgangsmaatregel tot contractafspraken te komen. Om eventueel nog bestaande onduidelijkheden in het veld weg te nemen heeft de NZa een uitgebreide aanvullende circulaire uitgegeven waarin de toepassing van de beleidsregel uit de doeken wordt gedaan voorzien van de nodige voorbeelden¹. Al met al verwacht ik dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars in staat zullen zijn binnen afzienbare tijd alsnog contracten te sluiten. De contractonderhandelingen kwamen ook vorig jaar relatief laat tot stand als gevolg van het doorvoeren van een aantal belangrijke systeemwijzigingen binnen de bekostiging van de ziekenhuiszorg. Uit de najaarsrapportage van de NZa van december 2008 blijkt dat de voorlopige prijs- en volumeontwikkelingen gebaseerd op een beperkt aantal afgesloten contracten representatief waren voor de uiteindelijk gerealiseerde prijs- en volumeontwikkeling over 2008.

Uiteraard volg ik de ontwikkelingen nauwgezet. In aanvulling op de reguliere NZa-monitors heb ik daarom een onderzoeksbureau gevraagd een inventarisatie onder ziekenhuizen uit te voeren naar de contracten voor 2009. De eerste resultaten hiervan zijn begin mei beschikbaar gekomen. Uit de gegevens van de 46 ziekenhuizen waarvan de gegevens zijn meegenomen komt het volgende (voorlopige) beeld naar voren. Allereerst bevestigt het onderzoek het beeld dat ziekenhuizen en verzekeraars momenteel in staat zijn om tot afspraken over het B-segment te komen. Enkele ziekenhuizen geven zelfs aan de afspraken met alle betrokken verzekeraars te hebben afgerond. In mei was het aandeel van het B-segment waarvoor de onderhandelingen tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar zijn afgerond, gemiddeld bijna 20%. In de tweede plaats geeft het merendeel van de instellingen die nu nog geen contracten heeft gesloten, aan te verwachten de onderhandelingen alsnog binnen afzienbare tijd (voor augustus) te kunnen afronden.

Tot slot wijs ik in dit verband nog op de hardheidsclausule die is opgenomen in de beleidsregel. In mijn brief aan de Tweede Kamer van 16 oktober 2008 heb ik daarover aangegeven dat bij een beroep op de hardheidsclausule aangetoond moet worden dat de instelling in zijn voortbestaan wordt bedreigd. Ook moet er een relatie zijn met het opheffen van

¹ NZa-circulaire Extra uitleg over de beleidsregel Overgangsregeling kapitaallasten vergoeding ziekenhuizen nr. CI-1085 (www.nza.nl).

de nacalculatie op kapitaallasten. De hardheidsclausule is momenteel echter niet voorzien van een nadere invulling of duiding. Het is dus voor ziekenhuizen niet op voorhand duidelijk in welke situaties zij een beroep kunnen doen op de hardheidsclausule. Dit kan mogelijk een vertragende factor zijn in de onderhandelingen. De NZa heeft aangekondigd voor de zomer een nadere invulling te geven aan de hardheidsclausule aan de hand van specifieke cases.

2.3. Prijsbeheersingsinstrument

In mijn brief «Waardering II»¹ heb ik aangekondigd dat ik in het B-segment een prijsbeheersingsinstrument (PBI) zal inzetten, indien de uitgavenontwikkeling in het B-segment de beschikbare groeiruimte overschrijdt. In mijn brief «Waardering III» van 19 december 2008², heb ik toegelicht dat dit PBI dan de vorm krijgt van landelijk geldende maximum tarieven per DBC op basis van kostprijsgegevens van DBC-Onderhoud, conform het advies van de NZa.³

Op basis van de nu beschikbare informatie kan een beeld worden gevormd over de trend die zich aftekent over de jaren tot en met 2008. Uit de monitor van de NZa maak ik op dat het beeld overwegend positief is. De prijs- en omzetsstijgingen lijken beperkt. Gelet op deze ontwikkelingen tot nu toe acht de NZa de invoering van een PBI niet gerechtvaardigd. De NZa wijst er daarbij ook op dat met de inzet van een PBI de goede effecten die uitgaan van vrije prijzen, teniet worden gedaan. In de monitor zijn voor wat betreft 2008 (en de jaren daarvoor) geen verontrustende trends zichtbaar zijn, noch wat betreft de prijsontwikkeling, noch wat betreft de volumeontwikkeling:

- In de totale periode 2005–2008 is de prijsstijging van «B-tranche 2005» over het algemeen lager geweest dan in het A-segment.
- De volumeontwikkeling van het B-segment blijft in de periode 2004–2007 iets achter bij de totale volumeontwikkeling.

Op grond van deze informatie ben ik dan ook voornemens om voor 2010 geen prijsbeheersingsinstrument voor het B-segment in te zetten. Zoals hiervoor aangegeven zijn de belangrijkste belemmeringen voor het afsluiten van contracten inmiddels weggenomen. Eind juni zal de NZa een update van de monitor B-segment uitbrengen. De verwachting is dat daarin een beeld is opgenomen van de prijsontwikkeling over 2009. Ik ben daarom voornemens mijn definitieve besluit over de inzet van een PBI eind juni te nemen en u hierover zo spoedig mogelijk informeren.

3. Invoering nieuwe DOT-zorgproducten

De afgelopen tijd is er hard gewerkt aan een nieuwe, beter hanteerbare DBCsystematiek in de vorm van DOT-zorgproducten. De ervaringen in de afgelopen jaren die zijn opgedaan met het huidige DBC-systeem hebben geleid tot een aantal verbeterpunten. Het aantal DBC's (40 000) is te groot om goed te kunnen onderhandelen. Daarnaast moet de betrouwbaarheid van het systeem verbeterd worden. Het huidige DBC-systeem bestaat eigenlijk uit 24 verschillende systemen, omdat elk specialisme zijn eigen DBC's heeft. De veld- en onderhoudspartijen hebben gezamenlijk besloten om het systeem fundamenteel te verbeteren. De verbeterpunten die zijn aangedragen door het veld, zijn toen verder uitgewerkt in het plan «DBC's op weg naar Transparantie (DOT).

De afgelopen jaren is het plan «DBC's op weg naar Transparantie» verder uitgewerkt en zijn producten zoals de zorgactiviteitentabel en de productstructuur opgeleverd. Gedurende het gehele traject heeft nauwe afstemming met de betrokken partijen plaatsgevonden. In het overleg dat ik met

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 29 248, nr. 47.

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 29 248, nr. 74.

³ NZa, *Advies prijsbeheersingsinstrument*, Utrecht: 29 oktober 2008.

partijen en met de NZa en DBC-Onderhoud heb gevoerd is gebleken dat zij positief tegenover de invoering van DOT staan.

In het nieuwe DBC-systeem worden de huidige DBC's vervangen door minder dan 3 000 DBC-zorgproducten. Door het verminderde aantal kunnen zorgverzekeraars en aanbieders beter onderhandelen op het gebied van prijs en kwaliteit. De zorgproducten zijn beter medisch herkenbaar, uniform en de spreiding van kosten en werklust binnen een product is kleiner. Een zorgproduct is een clustering van verwante diagnoses en bijbehorende behandelingen. De zorgproductenviewer van DBC-Onderhoud maakt de nieuwe productstructuur inzichtelijk. In deze zorgproductenviewer kan in detail bekeken worden welke producten zijn ontwikkeld en hoe deze zijn opgebouwd. De zorgproductenviewer is te vinden op <http://dbconderhoud.ppcnet.nl>.

In de brief «Invoering nieuwe DOT-zorgproducten»¹ van 9 april jongstleden heb ik gemeld dat de NZa heeft geadviseerd om voorafgaand aan het invoeren van DOT-zorgproducten voor declaratie een registratiefase in te bouwen. Belangrijk is dat de productstructuur in de praktijk wordt getoetst. Het is wenselijk om zo spoedig mogelijk te starten met de registratie en op deze manier over voldoende informatie te beschikken om verantwoord te gaan declareren op basis van de nieuwe productstructuur. Dit maakt een soepele invoering van de nieuwe zorgproducten mogelijk. De veldpartijen zijn het hiermee eens en hebben een voorstel gedaan om de productstructuur gefaseerd in te voeren en de voorbereidende stappen voor de invoering versneld in gang te zetten. De registratiefase is belangrijk omdat er tijdens deze periode informatie wordt verzameld om meer inzicht te krijgen in de financiële effecten voor zorgaanbieders en verzekeraars. Daarnaast kunnen mogelijke verbeterpunten die aan het licht komen tijdens de registratiefase nog worden verwerkt in de productstructuur.

Zo gaan ziekenhuizen al vanaf 1 juli 2009 registreren op basis van de nieuwe DOT-productstructuur. Om het registreren van de nieuwe zorgproducten per 1 juli mogelijk te maken is per 1 april de nieuwe zorgactiviteitentabel in concept uitgeleverd aan het veld. Het declareren zal vanaf 1 januari 2011 op basis van de nieuwe DOT-zorgproducten plaatsvinden. Het invoeren van de nieuwe zorgproducten is een majeure onderneming voor zorgverzekeraars en zorginstellingen. Om deze reden hecht ik veel waarde aan een zorgvuldig invoeringstraject.

4. Invoering prestatiebekostiging en afschaffen FB-systematiek

Zoals al vermeld in mijn brief «Waardering III»² die aan de Tweede Kamer is verzonden op 19 december 2008, wordt 2011 het jaar waarin de budgetsystematiek voor de bekostiging van medisch specialistische zorg zal worden afgeschaft. Per 2011 wil ik deze zorg zo veel mogelijk bekostigen op basis van herkenbare zorgprestaties. Ik heb daarbij aangegeven dat ik een transitieperiode vanaf 1 januari 2011 – met een vorm van transitiefinanciering – noodzakelijk acht. Daarmee volg ik het hoofdlijnenadvies dat de NZa in december 2008 heeft uitgebracht over een stabiele transitie naar prestatiebekostiging.

Inmiddels heb ik de NZa verzocht om een uitvoeringstoets waarin dit overgangsregime voor de ziekenhuisbekostiging vanaf 2011 wordt uitgewerkt. Ik heb de NZa gevraagd mij deze uitvoeringstoets uiterlijk per november te doen toekomen. Ik zal u over deze uitvoeringstoets en over het bijbehorende kabinetsstandpunt rond de jaarwisseling informeren.

¹ Kamerstuk 2008–2009, 29 248, nr. 80.

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 29 248, nr. 74.

Ten behoeve van de uitvoeringstoets heb ik de NZa een aantal uitgangspunten meegegeven. In lijn met het NZa-advies «Stabiele transitie naar prestatiebekostiging» van december 2008, kies ik als eindperspectief voor een bekostigingssysteem met een vrij segment (naar analogie van het B-segment) en een gereguleerd segment. Het gereguleerde segment wordt daarin onderverdeeld in een variabel deel, waarbinnen zorgprestaties afzonderlijk worden bekostigd op basis van gereguleerde integrale tarieven, en een «vast»¹ deel dat zich niet goed leent voor prestatiebekostiging en waarbinnen specifieke zorgfuncties worden bekostigd via bijdragen buiten de tarieven voor zorgproducten en add-ons.

Zoals gezegd zal het gereguleerde segment in de eerste plaats bestaan uit een aantal declarabele zorgprestaties die bekostigd worden op basis van gereguleerde tarieven. Ik ben voornemens in elk geval dure- en weesgeneesmiddelen en hemostatica, de Intensive Care (IC) en de zorg die onder de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV) valt, via dit segment te bekostigen.

Het algemene uitgangspunt dat ik wil hanteren is dat zoveel mogelijk functies via declarabele prestaties worden bekostigd. Het «vaste» segment dient niet groter te zijn dan noodzakelijk. Reden is dat in dit segment minder sterke prikkels bestaan voor kwaliteit en doelmatigheid dan in de andere twee segmenten.

Functies die in beginsel in aanmerking komen voor (gedeeltelijke) bekostiging via het «vaste» segment, zijn wat mij betreft uitsluitend functies die nu (of voorheen) uit het ziekenhuisbudget worden (respectievelijk werden) bekostigd en die uit oogpunt van de publieke belangen ten minste op een of meer plekken in Nederland zouden moeten worden aangeboden, maar die (in de structurele situatie) niet of onvoldoende zouden blijven bestaan als deze (uitsluitend) via de tarieven van declarabele prestaties zouden moeten worden bekostigd.

Ik denk hierbij in elk geval aan de beschikbaarheid van spoedeisende hulp, de beschikbaarheid van traumazorg en daaraan gerelateerde voorzieningen (zoals traumacentra, traumahelikopters, inclusief nachtpiloot, en de mobiele medische teams) en de beschikbaarheid van zogenaamde donoruitnameteams. Ik heb de NZa gevraagd om – mochten zij nog meer functies zien die (gegeven mijn uitgangspunten) in aanmerking zouden moeten kunnen komen voor eventuele (gedeeltelijke) bekostiging via het «vaste» segment – dit in hun uitvoeringstoets nader te beargumenteren.

Overigens vind ik het ongewenst als aanbieders – alleen omdat zij een van de genoemde betreffende functies aanbieden – automatisch (gedeeltelijk) bekostigd zouden worden via het vaste segment. Alleen voor zover hun aanbod *noodzakelijk* is om deze functie(s) voldoende beschikbaar te houden zou dit aanbod in beginsel voor (gedeeltelijke) bekostiging via het vaste segment in aanmerking moeten kunnen komen. Uitgangspunt is daarbij voor mij dat (gedeeltelijke) bekostiging via het vaste segment alleen plaats zou moeten vinden als (en voor zover) er tegenover de kosten van de beschikbaarheid van het betreffende aanbod onvoldoende inkomsten staan uit declarabele prestaties. De NZa zal in hun uitvoeringstoets die uiterlijk in november zal verschijnen dit onderwerp verder uitwerken. Ik zal de uitkomsten van dat advies mede wegen in het licht van de visie op continuïteit van zorg waarover ik u voor het zomerreces een beleidsbrief zal sturen.

¹ De basis voor de vaststelling van de bekostigingsbijdragen in het vaste deel van het gereguleerde segment wordt in beginsel gelegd door vaste, productie-onafhankelijke, objectieve (maximum) kostennormen. Uiteindelijk kunnen de bekostigingsbijdragen in indirecte zin wel afhankelijk gesteld worden van de omvang van de productie, bijvoorbeeld door – ten behoeve van de vaststelling van die bijdragen – de financiële opbrengst van geleverde zorgprestaties (deels) op de betreffende kostennormen in mindering te brengen.

5. Overige onderwerpen

Dure en weesgeneesmiddelen

In navolging van mijn visie op de extramurale geneesmiddelenvoorziening informeer ik u binnenkort over mijn visie op de intramurale geneesmiddelenvoorziening. In deze brief zal ik u informeren over de bekostiging van de dure en weesgeneesmiddelen binnen het systeem van prestatiebekostiging en de zogenoemde afbakeningsproblematiek intra- en extramurale farmaceutische zorg.

DBC's en innovatie

In de brief «Innovaties en DBC's» van 24 maart 2009¹ heb ik uiteengezet welke activiteiten door veldpartijen en VWS zijn ondernomen om de snellere opname van innovaties in DBC's en andere betaalde zorgprestaties te bevorderen. Hiervoor zijn twee mogelijkheden: opname van innovaties in het DBC-systeem en de NZa-beleidsregel «Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties». Het eerste traject omvat een aanmeldingstraject van 6 maanden waarin innovaties opgenomen worden in bestaande DBC's, danwel nieuwe DBC's ontwikkeld worden. Dit traject, waarbij DBC-Onderhoud, het CVZ en de NZa betrokken zijn, is recentelijk aanzienlijk verkort. Door gebruik te maken van een Quick Scan is na 4 weken duidelijk of er een vervolgtraject in gang kan worden gezet. Tot november 2008 zijn voor dit traject 24 nieuwe aanmeldingen geregistreerd. De tweede mogelijkheid is het verkrijgen van een tijdelijke betaaltitel onder de beleidsregel van de NZa. Hiermee kunnen zorgverzekeraars na het gezamenlijk met een zorgaanbieder indienen van een aanvraag, tot maximaal 3 jaar betalen voor een nieuwe zorgprestatie. Op deze wijze kunnen innovatieve zorgprestaties sneller ter beschikking komen van de patiënt. Tot november 2008 zijn 144 zogenaamde «experimenten» gecontracteerd onder de beleidsregel. Daarnaast zullen ZonMw, NZa en CVZ in het tweede kwartaal van 2009 een gezamenlijk voorlichtingsloket rondom zorginnovaties openen, de ZorgInnovatieWijzer. Dit loket beantwoordt vragen over onderzoek, zorginnovatie en vernieuwing op bijvoorbeeld wettelijk gebied, om zorgvernieuwers zo de weg naar bestaande regelingen te wijzen.

Volumeonderzoek

In het eerste kwartaal heb ik in samenspraak met de NVZ een onderzoek laten uitvoeren naar de achterliggende oorzaken van volumeontwikkeling bij ziekenhuizen. Dit onderzoek is onlangs afgerond. Uitkomst van het onderzoek is dat het vooralsnog moeilijk blijkt iets te zeggen over de oorzaken van volume-groei op macroniveau, maar dat met microanalyses wel een beeld kan worden gevormd over de ontwikkelingen bij specifieke aandoeningen, bijvoorbeeld door de regionale variatie te bekijken.

COPD

De zorgvraag zal de komende jaren gaan stijgen. Om daarop vroegtijdig te anticiperen, is functionele bekostiging in de eerste lijn als uitgangspunt genomen. Door deze nieuwe wijze van bekostiging wordt substitutie van de tweede naar eerste lijn mogelijk gemaakt en de zorgsector toekomstbestendig gemaakt. In mijn brief «De patiënt centraal door omslag naar functionele bekostiging»² van 22 december 2008 ga ik verder in op mijn voornemen om functionele bekostiging per 2010 in te voeren voor COPD, diabetes, hartfalen en cardiovasculair risicomanagement. Verzekeraars zijn ten aanzien van het B-segment medisch specialistische zorg vanaf 2010 volledig risicodragend. Ten aanzien van COPD is er nog sprake van

¹ Kamerstuk 2008–2009, 29 248, nr. 77, Tweede Kamer.

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 29 247, nr. 84.

ongelijkheid in de risicodragendheid tussen de eerste en tweede lijn. Dit komt omdat deze zorg nu nog in het A-segment zit. Eerder heb ik aangegeven de mogelijkheid te verkennen om COPD naar het B-segment over te hevelen per 2010. Uit de verkenning blijkt dat het overhevelen van COPD per 2010 uitvoeringsproblemen met zich meebrengt. Een overheveling van zorg naar het B-segment in combinatie met behoud van het FB impliceert een schoning van het FB. De ervaringen in recente jaren tonen aan dat dit uitvoeringstechnisch zeer lastig is en steeds lastiger wordt. Tevens is er een nadelige invloed op de stabiliteit van de budgetten en de voortgang van de contractonderhandelingen B-segment. Ik concludeer dat de voordelen van het overhevelen van COPD per 2010 niet opwegen tegen de uitvoeringsproblemen die dit met zich meebrengt. Ik ben daarom voornemens om per 2011, tegelijkertijd met de invoering van prestatiebekostiging en afschaffen van het FB, COPD naar het B-segment over te hevelen. Ondertussen zal er wel doorgegaan worden met het ontwikkelen van zorgstandaarden.

Categorale instellingen

Het invoeringstraject DBC's voor de categorale instellingen is voor de sectoren zelfstandige dialysecentra, radiotherapeutische instellingen, audiologische centra, en algemene revalidatie-instellingen afgerond. De invoering van prestatiebekostiging, met afschaffing van de budgetten, voor categorale zorg is op dezelfde wijze als bij reguliere ziekenhuiszorg mogelijk en wenselijk volgens de NZA.

Voor epilepsiecentra en astmacentra/longrevalidatie-instellingen zijn de trajecten nog niet afgerond. Het experiment voor de epilepsie DBC's loopt nog. Medio 2009 wordt dit experiment geëvalueerd waarna duidelijk zal worden of prestatiebekostiging per 2011 mogelijk is. De longastma DBC's zijn nog in ontwikkeling en zijn in 2011 waarschijnlijk nog niet gereed. Ondanks een moeilijke start lijkt dit traject nu veelbelovend te zijn. De ontwikkeling van DBC's kan rekenen op voldoende draagvlak bij de sector.